Rescatando nuestros saberes.....

LA REVISTA DE LA FEDERACION ARGENTINA DE MEDICINA GENERAL

Año 34 | Número extraordinario | Noviembre 2019

Análisis de situación

* *La APS en la Argentina*
  Silvana Forti, Rafael Passarini, Adrián Alasino, Darío Montenegro.
* *FAMG un camino de construcción colectiva*
  José María Ali Brouchoud

Artículos originales

* *Premios de honor 2017/ 2018*

Promoción de la Salud | Gestión en Salud | Equipos de Salud | Territorio | Educación para la muerte | Patriarcado | Proceso salud-atención-cuidado | Participación comunitaria | Salud comunitaria

http://www.famg.org.ar/

Federación Argentina Medicina General FAMG

@FAMedGral

Rescatando nuestros saberes.....

LA REVISTA DE LA FEDERACION ARGENTINA DE MEDICINA GENERAL

Año 34l. N° extraordinario
Noviembre 2019
Publicación cuatrimestral
ISSN xxxxxxxx - impreso
ISSN xxxxxxxX - en línea

Fecha de publicación en línea:
Noviembre 2019

La revista de la FAMG tiene como fin ser una herramienta comunicacional, tanto a nivel digital como en formato papel, de todos los documentos construidos por la Federación en sus distintos ámbitos, ya sea desde el pensamiento de cómo es nuestro sistema de salud y cómo queremos transformarlo, de las experiencias de trabajo a nivel país, desde la producción de conocimiento, así también como un insumo y apoyo para la formación de Residentes, Médicxs Generalistas y Equipos de salud.

Presidente:
Adrián Alasino (AMGBA) Pcia Bs.As.
presidencia@famg.org.ar

Vicepresidente:
Daniel Morales (AESAP) Chaco.

Secretaria:
Arminda Mattar (AMGyES) San Luis.

Prosecretario:
Esteban Vianello (APaMGFES) La Pampa.

Tesorero:
Juan Pedro Bonifazzi (ASMGyF) Santa Fe.

Protesorera:
Andrea Lascano (STMG) Tucumán.

1º Vocal Titular:
José María Alí Brouchoud (ARES) Rio Negro.

2º Vocal Titular:
Mónica Guaycoechea (AMGyES) San Luis.

1º Síndico Titular:
Gustavo Cáceres (APARSE) Santiago del Estero.

2º Síndica Titular:
Mercedes Albornoz (AMES) CABA.

Síndica Suplente:
María Rosa Chiabrando (AcFudES)
Tierra del Fuego.

Secretaría Asuntos Científicos:
Ana Bo (AMGBA) Pcia. Buenos Aires.
sac@famg.org.ar

Secretaría Asuntos Internacionales:
Darío Montenegro (ASMGyF) Santa Fe.
internacional@famg.org.ar

Secretaria Prensa:
Rafael Passarini (APaMGFES) La Pampa.
prensa@famg.org.ar
Edgar Valeriano Gómez (AMGBA) Pcia. Buenos Aires.

Comisión Nacional de Residentes Titular:

Belen De María
Laín Bullentini
Roberta Davagnino
comisionnacionalmedicinagral@gmail.com

Presidentes Honorarios:
Rafael Passarini
Arturo Serrano
Graciela López Gallardo

Secretaría:
Marta Límido. secretaria@famg.org.ar

Miembros del Comité Científico FAMG 2018:
Arin Morena, Bo Ana, Diaczuk Teresa Inés, Gygli Maria Silvina, Cardozo Emanuel Adrian, Pignolino Bibiana, Albornoz Mercedes Del Carmen, O´Toole Gabriela Eva, Bonifazzi Juan Pedro, Cuezzo Romina, Lascano Andrea María, Mattar Dominguez María Arminda, Montaña Erica, Pellicioni Adriana Josefina, Zanchi Soledad, Perner Serena

Equipo editorial:
Valeriano Gómez Edgar, Passarini Rafael, Sanchez Gustavo,
Alí Brouchoud José María, Ramonell Patricia, Dominguez Gustavo

Imágenes artísticas: Mercedes Schamber

Sumario

Editorial.....4

Análisis de situación

✱ *FAMG un camino de construcción colectiva*
Ali Brouchoud, JM.....5

✱ *Desafios de la APS en la Argentina*
Forti, S; Passarini, R; Alasino, A; Montenegro, D.....10

Artículos originales

Premios de honor 2018

✱ *Activos comunitarios: Identificación de problemáticas y recursos en el equipo de salud y en grupos de vecinxs*
González, MA.....15

✱ *Identificación y análisis de redes y procesos de participación comunitaria en el territorio del asentamiento La Carbonilla*
Barthes Aguirre, PB; Cammarota, KE; Perdigues, MS; Zanotto, M.....21

Premios de honor 2017

✱ *Crece desde el pie: La experiencia de un modelo de gestión centrado en el territorio y sus equipos.*
Cáceres, A; Medina, J; Ameigeiras, S.....28

✱ *Juntas y desenchufadas: La experiencia de un grupo de mujeres luchando contra el Patriarcado*
Carcedo, MB; Caro, MJ; Di Santo, J; Marrone, A; Navarrete, G; Peralta,J; Romero, L; Romero, J; Romero, J.....34

✱ *La educación para la muerte y el manejo de duelo en el ámbito escolar: Valoración de conocimientos, actitudes y prácticas de profesionales de establecimientos educativos públicos del Partido de General Rodríguez. 2017*
Ríos, PC; Rodríguez, MX; Szybisz, AB; Wolberg, MS.....39

Imágenes artísticas
Mercedes Schamber

Editorial

Adrián Alasino[1]

1) Especialista en Medicina General. Maestrando en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud (UNLA). Director Escuela de Medicina (UNMDP), Presidente Federación Argentina de Medicina General (FAMG) (adrianeduardoalasino @gmail.com).

Siempre es un buen momento el volver…. En este caso se trata de nuestra histórica y querida revista, la revista de la FAMG, que durante tantos años nos acercó el sentir y pensar de la Medicina General a lo largo de todo nuestro país, nos dio cosas muy importantes como la "pertenencia", la visualización del territorio y la comunidad, además de artículos de actualizaciones y experiencias de trabajo con visiones que es poco frecuente encontrar en este tipo de publicaciones.

Este regreso viene con los desafíos de siempre, hoy más vigentes que nunca para los que somos trabajadores del sistema de atención de la salud estatal, porque se da en un contexto de varios años donde las políticas de salud llevadas adelante por el gobierno de turno se han alineado en torno a la reducción de derechos y achicamiento del rol rector del estado en Salud que nuestra Federación sostiene firmemente y que es uno de nuestros principales estandartes.

Los programas nacionales que proveen de recursos al primer nivel de atención, como medicamentos, capacitaciones, financiamiento de profesionales, que nutren la red de Centros de Salud estatales, nuestro principal lugar en el sistema, están en un momento de funcionamiento débil, sin formar parte de acciones priorizadas y con sus redes en un deterioro visible.

A esto se agrega algo muy importante que, para los que trabajamos en la capilaridad del sistema, en la frontera de la comunidad con el sistema de salud, venimos advirtiendo en este tiempo, y es el impacto que estas políticas están teniendo en las comunidades que han visto disminuido en forma importante su calidad de vida, al aumentar la pérdida de puestos de trabajo, al reducirse la capacidad adquisitiva de los salarios, con la consiguiente caída en sus capacidades de autodeterminación, siendo estos factores claramente determinantes de la situación de salud de la población.

Entonces la revista aparece como muy oportuna, para visualizar la complejidad de estas situaciones en nuestras poblaciones, para poder pensar y reflexionar en las estrategias que pueden ayudarnos a contribuir como trabajadores de la salud a mejorar y a fortalecer las diferentes capacidades que las comunidades tienen, pero a su vez a elevar nuestra voz, a continuar tejiendo nuestras redes vinculares, a conocer de las experiencias que otros compañeros están realizando y a sentirnos un poco más cerca, un poco más parte de la búsqueda de modificar esta realidad que nuevamente tenemos.

Para FAMG, la Salud es un Derecho, entonces claramente esto dice también lo que no es la salud, no es mercancía, no es algo a lo que podemos acceder por nuestra capacidad de pago o aportes contributivos al sistema y es, a su vez, un deber del Estado el contribuir a su cuidado y atención.

En este escenario local, que se suma a la realidad latinoamericana donde hay crecientes disputas y manifestaciones sintomáticas en varios países, es que estamos proponiéndoles que nos acompañen para que tengamos a la Federación como un espacio colectivo, interdisciplinario, diverso, pero por sobre todas las cosas, comprometidos en trabajar por contribuir a mejorar la salud de nuestras comunidades.

Al cierre del XXXIII Congreso de Medicina General, Equipos de Salud y Encuentros con la Comunidad, realizado en CABA en noviembre de 2018, la realidad sanitaria nacional nos exigió una contundente reflexión. Al final del Congreso fue leída como Manifiesto que denominamos "La Salud en Tiempos de Ajuste". Decíamos:

La Federación Argentina de Medicina General (FAMG), que integra y representa a los equipos de salud del primer nivel de atención (…), manifiesta que el tema de la salud y la organización de un Sistema Nacional de Salud, orientado en base a la estrategia de atención primaria de la salud, continúa sin ser hasta ahora prioridad de ningún gobierno, ni se ha dado un debate nacional al respecto. Los intentos realizados en distintos momentos históricos por algunos gobiernos democráticos, han fracasado por la influencia de intereses corporativos, y las actuales políticas económicas y sanitarias están profundizando la inequidad y la segmentación de la atención de distintos grupos de población.

(…) no se ha recuperado el papel rector del Estado sobre el sector salud y se continúa subsidiando al sector privado y a la seguridad social. Por último, la comunidad no tiene voz ni voto en las decisiones referentes a la organización de los subsistemas de salud.

(…) Las líneas de intervención de los actuales decisores de las políticas de salud se encuentran direccionadas por el financiamiento de organizaciones internacionales, lo que constituye una gran contradicción ya que nos condiciona, nos endeuda y nos impide una reorientación de los recursos financieros.

Ante la iniciativa del Gobierno Nacional denominada "Cobertura Universal de Salud o CUS", implementada como eje político básico en la salud nacional, la FAMG reitera su absoluto desacuerdo y preocupación. La FAMG propone un sistema de salud integral e integrado, financiado por el Estado y fuertemente regulado como garante del derecho a la salud, accesible, equitativo y humanizado.

La FAMG, también expresa su más enérgico repudio a la decisión tomada por el gobierno nacional de rebajar de rango al Ministerio de Salud de la Nación al nivel de Secretaria, quedando bajo la órbita del Ministerio de Desarrollo Social, medida que debe reverse en forma urgente.

Sostenemos el derecho a la salud y, por ende, las políticas públicas que lo garanticen, las que deberán asegurar:

1. La APS como estrategia central del sistema de salud

2. La integralidad como un concepto medular del trabajo en salud

3. La participación social, ciudadanía y construcción de actores sociales como roles centrales.

4. El reconocimiento de la diversidad y saberes con los que hay que vincularse para construir una nueva concepción de salud.

5. El enfoque relacional como base para una práctica nueva donde la subjetividad e intersubjetividad sean materia prima para la emancipación.

Hoy, ya definida la llegada de un gobierno de otra orientación política, volvemos a manifestar nuestra profunda preocupación por el estado actual del Sistema Nacional de Salud, el que requerirá de una atención especial de las nuevas autoridades para que sea la base de la recuperación de derechos de nuestra población, principalmente de los sectores más vulnerables que se han multiplicado en el marco de políticas neoliberales implementadas desde 2015.

Nos ponemos a disposición de quienes nos gobernarán, a nivel nacional y de las provincias, para que juntos podamos decir que "otra salud es posible".

Imágenes artísticas Mercedes Schamber

FAMG: Un camino de construcción colectiva

FAMG: A path of collective construction

José María Ali Brouchoud[1]

1)Medico Generalista Asociación Rionegrina d Equipos de Salud ARES. jose_ali@hotmail.com

Palabras clave: *APS, Medicina General, Primer nivel de atención*

INTRODUCCIÓN

Este texto nació como una necesidad al redactar la Declaración del Congreso de Bariloche.

Necesidad de conocer el trazado de la historia de nuestro pensamiento y de nuestras acciones como un colectivo con más de 30 años de historia y de pensar a los congresos como una continuidad vital y no solo cronológica.

Una historia plena de esfuerzos y acciones; que aparece escrita en documentos, declaraciones, discursos y presentaciones de nuestros congresos por un gran número de compañeros y compañeras y que representan nada más y nada menos que la condensación de las acciones que realizamos todos los días y a lo largo de los años; desde las más pequeñas hasta las más difíciles; aquellas acciones que rescatamos y compartimos entre todos y que al hacerlo convertimos en los cimientos de una nueva idea de Pertenencia, Participación y Salud.

Este trabajo tiene el formato de resumen, y siguió los pasos de un análisis del discurso para ser realizado; y sin ser un relato histórico exhaustivo, --tarea que escapa a nuestras posibilidades y demandará otro tipo de trabajo que contemple la multiplicidad de voces que den cuenta de la historia del grupo --recorre mucho de la trayectoria de nuestra federación y nos permite asomarnos a una parte de la misma.

Tiene tres partes principales: la construcción de la identidad, la FAMG como actor social y finalmente la FAMG como movimiento social por la salud. Todas hilvanadas entre sí como grandes momentos aglutinantes de nuestro andar; y si bien el orden en que aparecen tiene carácter cronológico no son aspectos totalmente "alcanzados" más bien en renovación constante influenciándose entre sí constantemente.

Poder conceptualizar los hechos, enmarcarlos en el contexto que han tenido y pensarlos como la emergencia de un pensamiento en salud crítico y comprometido es necesario y un gran desafío. Esperando que esta mirada "generalista" que intentamos de nuestro colectivo nos permita enfrentarlo y contribuya a ver la continuidad, coherencia y cambios que hemos tenido ---siempre orientados a buscar nuestra identidad, a construir una propuesta sanitaria sólida y a solidarizarnos con toda lucha social que mejore la realidad y por ende la salud de nuestros compatriotas-- este texto se sumará a otros que esperamos surjan dando cuenta de lo construido.

LA CONSTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD

La identidad de un grupo o colectivo es una construcción gradual y progresiva; necesita un tiempo

para consolidarse y poder alcanzar claridad en sus principios. No reside en las personas solamente sino en aquello que "se ve" desde afuera como sello característico en los discursos y en las prácticas.

En ese sentido, es notable como nos hemos ido presentando al encabezar los documentos de cada congreso: si en la Declaración del Bolsón nos presentamos como "Especialistas de Medicina General y Familiar", ya en Potrero de los Funes nos presentamos como "Trabajadores del Primer Nivel de Atención" y en Santa Fe como el "Movimiento de Medicina General" ("movimiento que nuclea a trabajadores de la salud de los equipos a lo largo y ancho de la Argentina") evidenciando un cambio en nuestra percepción sobre "quienes somos" y desde "donde hablamos" y también la capacidad de juntarnos con otros colectivos para lograr cambios.

La historia expresada a través de temáticas de los congresos, discursos inaugurales, mesas debate, mesas centrales, y declaraciones y documentos nos muestra la preocupación inicial por lograr un programa de residencias unificado, que expresara por un lado una propuesta pedagógica, pero fundamentalmente nuestra mirada sobre la realidad sanitaria a través de enfocarnos en los problemas prevalentes de carácter regional; la organización del sistema de salud según los principios de la APS; y la seguridad de poder imaginar un nuevo trabajador de la salud (aunque en esos momentos quizás más centrados en los médicos generalistas) con una tarea eminentemente social, ideológicamente comprometida, con presencia en el terreno y siempre "cerca" de aquellos que más necesidades tuvieran (2005) .

Las preguntas sobre "El perfil del generalista" aún resuenan en nuestros oídos como aquella que respondíamos con seguridad y orgullo, pero que al mismo tiempo no podíamos dejar de hacernos continuamente en encuentros, congresos, reuniones, etc. Desde la sociología de las profesiones (y dentro de la profesión médica extensiva a todas las especialidades médicas como una delimitación interna) sabemos que para ser reconocida como tal deben existir ciertas características: un cuerpo de conocimientos propios, un ámbito específico de trabajo, una práctica propia y finalmente la posibilidad de desarrollar investigación original.

Durante muchos años avanzamos en este sentido en un movimiento de avance discontinuo, afirmando cada uno de estos aspectos. Podemos afirmar que después de

Imágenes artísticas Mercedes Schamber

tantos años y luchas logramos establecernos con solidez y hemos acumulado experiencia en el camino de buscar un "ideal de servicios" acompañado de un elenco de valores que nos proveían de identidad cultural y le daban sustento a nuestra acción. No podemos obviar afirmar que nuestra historia ha estado marcada – como no podía ser de otra manera- por la Medicina y las Ciencias de la Salud influenciadas por ella; pero aun así siempre tuvimos una postura crítica hacia las formas hegemónicas.

Hemos ido reconceptualizando el objeto de nuestras prácticas, evolucionando en nuestra concepción de la Salud: desde la mirada centrada en enfermedades a una más amplia de problemas de salud (riesgo, daño, enfermedad, muerte) y más recientemente a una concepción de Necesidades Sociales de Salud (Paim 2011) Un cambio de perspectiva que modifico nuestro acercamiento a diferentes saberes y nos propone nuevas indagaciones y objetivos.

Si en la concepción centrada en las enfermedades el conocimiento es exclusivamente biomédico basado en la epidemiologia clínica y su principal objetivo es la cura; en aquella de los problemas de salud el saber epidemiológico explica los fenómenos a través del análisis de los determinantes y condicionantes de salud y nuestro objetivo de trabajo incorpora lo preventivo y lo promocional con perspectiva poblacional.

En el camino actual de la concepción de Necesidades Sociales de Salud, nos lleva a la búsqueda de otros saberes más propios de las ciencias sociales, entendiendo que si la salud es una necesidad social, hay que intentar mejorar aquellas "condiciones necesarias para tener salud" (el objeto de la práctica adquiere una mayor amplitud) y las intervenciones se acercan más a la idea de proyectos o modelos de atención cercanos a la idea de calidad de vida

Encontramos en la Estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) un marco conceptual e ideológico que nos permitió –como en un espejo-poder pensarnos y corregir rumbos, al mismo tiempo que fue parte medular de nuestros discursos y reclamos al estado; y aún más: dada la polisemia en su definición, también nos permitió imaginar "el lugar de trabajo" o el "lugar propio" haciendo del Primer Nivel de Atención (PNA) nuestra casa y en nuestras prácticas incorporar lo Preventivo y lo Promocional en un rango de importancia similar a lo Asistencial. Ha sido y es aun nuestro gran marco ideológico, que nos permitió desde allí sumarnos a otras concepciones con particularidades diferentes como la Medicina Social Latinoamericana y todas sus vertientes y el Movimiento de Salud Colectiva. Este camino nos marcó y también nos diferenció en esos momentos de otras concepciones sanitarias y de la salud como la de medicina clínica de modelo flexneriano, los médicos de familia, las propuestas más tecnocráticas, mercantilizadoras o biologicistas que han recorrido la historia sanitaria argentina.

Llegamos a un punto en el que habíamos construido un discurso solido desde lo conceptual e ideológico que nos permitió- en su repetida exposición- reafirmarnos y retroalimentarnos contantemente; llegando finalmente a la creación de nuestros Valores, aquellos que nos constituyen y expresamos siempre en todo momento y lugar: Solidaridad, Equidad, Justicia y Democracia.

Las condiciones laborales en las residencias y al terminarlas nos preocuparon y movilizaron:

¿Cómo formar un recurso humano que pudiera desplegar todo su potencial? y ¿Cómo cubrir sus necesidades básicas para subsistir en esa tarea?

En diferentes momentos – como en la década de los 90- estas preguntas resonaron aún más fuerte dada la distorsión que tuvo nuestra especialidad ante la realidad sanitaria que igualaba médico general y primer nivel de atención a una atención de la salud barata, organizada en "paquetes de atención" y baja en calidad con la finalidad de aumentar el rendimiento económico. Muchas veces y sin ser una asociación con fines gremiales, tuvimos que reclamar ante situaciones injustas que vivían compañeros, equipos y residencias (Sta. Fe 2005).

Todo esto ha tenido también su expresión institucional. Inicialmente a través de la Asociación Nacional de Medicina General luego devenida en Federación Argentina de Medicina General (FAMG) que nuclea hoy a 11 Asociaciones Provinciales. Se han atravesado muchas crisis personales e institucionales, intentando debatir y mejorar las formas de participación interna y teniendo como evento central de encuentro, generación de conocimiento y de posiciones a los Congresos Nacionales.

Hemos organizado cursos, capacitaciones, intercambios, publicaciones y participado en forma creciente de espacios de debate y discusión. La posibilidad del Autofinanciamiento – tanto para el funcionamiento institucional como para la realización de los congresos-- a través de recursos propios, y sin recibir aportes de laboratorios u otras empresas que lucran con la salud, ha podido ser sostenida a través del tiempo como signo de Autonomía pero también de Independencia, sin condicionamientos externos y se ha convertido en uno de nuestros valores centrales.

Nacimos institucionalmente en 1985, en medio de la vuelta de la democracia, épocas de grandes cambios, y quizás por ese motivo sabemos manejarnos ante las crisis; estamos alertas y reaccionamos rápidamente exponiendo nuestra mirada y marcando aquellas realidades injustas.

Pero no estuvimos solos en la tarea, los compañeros de trabajo constituidos en Equipos de Salud formaron parte desde el inicio y nos llevaron a poder pensarnos también a nosotros como parte de algo más grande que una especialidad médica; por un lado como trabajadores de la salud con mirada crítica y también, como Equipos de Salud, expresión organizada del trabajo, relacionada a una concepción de la salud amplia que necesitaba por definición de múltiples miradas y múltiples saberes para poder entender la complejidad y la repuestas necesarias. La inter-disciplina se constituyó a lo largo del tiempo en un desafío permanente. Este sabernos muchos y diversos, amplio las luchas y los reclamos, incorporando vivencias y experiencias ya no solo diferentes por las realidades que nuestro país tiene, sino porque cada grupo disciplinar aportó –desde su lugar- a un espacio común en donde las necesidades se vivenciaron como propias.

El cambio de nombre de los congresos y de las asociaciones es una muestra de este camino aún en proceso. Pensarnos como un colectivo o un movimiento nos convoca hoy como una imagen nueva; no solo porque esto implica un reconocimiento hacia dentro de quienes somos sino como expresión de un modo de "hacer" en la lucha y en la práctica y porque representa parte de otro anhelo propio de siempre; convertirnos en un Actor Social relevante en la arena sanitaria.

LA FAMG COMO ACTOR SOCIAL NUESTRAS PROPUESTAS

Nuestras propuestas fueron desde Bolsón (2003) en donde se planteó la necesidad de un "Plan Nacional de Salud y un Sistema Nacional de Salud" expresando cuales deberían ser los valores que lo sustenten, afirmando a la Salud como un Derecho, pasando por Potrero de los Funes(2006) en donde se consideró a la APS como estrategia central del sistema y base de nuestra identidad (revisando las condiciones laborales de los trabajadores de la salud y solicitando una carrera sanitaria que permitiera organizar y trabajar en equipos de salud) a Santa Fe (2015) en donde la mirada desde la Integralidad como un concepto central del trabajo en salud contempló a la Participación Social, Ciudadanía y Construcción de Actores Sociales como valores centrales; relacionando teoría y práctica a través del 1er Cabildo Abierto en Salud y en Bariloche (2016) donde continuando lo anterior se plantearon condiciones que no pueden ya estar ausentes de nuestros congresos y acciones: el reconocimiento de la diversidad y saberes con los que hay que vincularse para construir una nueva concepción de salud y el enfoque relacional como base para una práctica nueva en donde la subjetividad e intersubjetividad sean la materia prima de nuestras intervenciones.

En todos nuestros documentos nos hemos manifestado sobre la realidad sanitaria nacional con una mirada crítica, denunciando la situación de salud y sus causales, así como también en relación a las políticas de salud, haciendo hincapié en su estructuración a través de programas focalizados que no responden a necesidades reales y a la fragmentación del sistema que beneficia a unos pocos.

También hemos sentado posición en relación al daño al medio ambiente y al avasallamiento de las culturas originarias.

Sostenemos que el Rol del Estado es central para generar condiciones de vida dignos, con justicia social y equidad, con un fuerte rol rector de los diferentes subsectores, financiando adecuadamente el sistema de salud. Un sistema de salud integrado, organizado por niveles de atención, ocupado en los problemas prevalentes de salud, principalmente de aquellos más olvidados pero siempre presentes como las patologías regionales, participando fuertemente en la producción pública de medicamentos y vacunas y en la construcción de un vademécum de medicamentos esenciales.

Hemos atravesado varias décadas, cada una de las cuales ha tenido su correlato social y sanitario; esto siempre ha sido nuestra preocupación: aquellas condiciones de falta de dignidad y respeto, riesgo, exclusión, enfermedad, muerte de todas las personas, familias y comunidades de nuestro país y por otro lado las diferentes formas de organizarse y funcionar del sistema de salud sea esta municipal, provincial o nacional.

De esta forma hemos generado debates y documentos orientados hacia la creación de un Sistema Nacional de Salud y a la promulgación de una Ley Nacional de Salud, que considere a la misma como un Derecho inalienable (Congresos de Rosario 2008 y La Pampa 2007). Esta preocupación ha generado congresos, mesas debate, y convocatoria a diferentes actores del ámbito académico, legislativo y sanitario con la elaboración final de documentos. Sabemos que no son muchos los intentos en nuestro país por generar una ley nacional de salud así también como un sistema único de salud, dados los intereses en juego.

Pero todo esto no ha sido fácil dada una dificultad adicional a nuestra práctica: el hecho de que nuestra concepción de estado y nuestra pertenencia y defensa del ámbito público se dan en simultáneo; lo que genera una tensión en nuestras prácticas y en nuestros análisis.

¿Cómo ser parte desde lo institucional, tener una mirada crítica e intentar modificarla al mismo tiempo? Y al asumir cargos de gestión, ¿cómo mantener una independencia constructiva y combativa al mismo tiempo?

Las condiciones de los trabajadores de la salud en sus diferentes aspectos han generado documentos y encuentros en donde la FAMG se convirtió en promotora de debates y consensos como se expresó a través del documento: "Formación de Recursos Humanos para la Salud Humana" en el Congreso Nacional de La Pampa 2014.

Nuestro concepto de salud también ha ido cambiando. De a poco fuimos entendiendo que Salud no es lo mismo que Sistema de Salud. Que la salud es una Construcción Social (Sta. Fe 2015) y por ello siempre hemos reclamado por condiciones de vida dignos; hemos reclamado por democracia, justicia, trabajo, educación, jubilaciones dignas, etc.

Pensamos a la salud como un derecho, como un producto social y finalmente como una construcción social y cultural alejándonos definitivamente de los enfoques más biologicistas y considerando a las miradas exclusivamente clínicas o sanitarias como tecno-burocráticas generadoras de soluciones insuficientes y parciales.

Hemos tratado de utilizar conceptos abarcadores que nos ayuden a entender la realidad y mejorar nuestras propuestas - quizás desde la tradición más sanitarista en los comienzos-- pero que también hemos intentado re conceptualizar, como lo hicimos con la Integralidad en la Salud lema del Congreso de Santa Fe (2015). Ahora debatimos tanto sobre Salud como sobre Sistemas o Servicios de salud, sobre lo colectivo y lo individual, sobre lo técnico y lo vincular.

¿CUÁLES HA SIDO NUESTRAS FORTALEZAS IMPLÍCITAS EN CADA UNA DE ESTAS PROPUESTAS?

Por un lado nuestras propuestas siempre estuvieron gestadas desde la cercanía a las necesidades y problemas de las poblaciones; así es como en La Pampa (2007) las propuestas surgieron de los talleres realizados entre todos los trabajadores asistentes al congreso, y nunca dejamos que el contexto o realidad sanitaria sea descripto solamente por expertos o funcionarios sino que hemos crecido en formas de conocer y exponer las realidades.

Desde el ámbito de las investigaciones (hemos tenido en algunos congresos una explosión de ASIS realizados en todo el país) hemos elegido temáticas y preguntas de investigación centradas en las problemáticas más cotidianas, tanto individuales o comunitarias.

Progresivamente hemos ido acercando otras voces a la mesa de discusión. En algún sentido hemos sido portavoces de otros que por asimetrías de poder y exclusión han estado siempre invisibilizados. Esto presencia nos da autoridad para reclamar y nos posicionó en un rol de mediadores.

Describir el Contexto se convirtió en un compromiso que asumimos siempre (CABA, 2010/Tucumán 2012) Hacia dentro del sistema de salud somos los actores principales del PNA , ya sea en centros de salud u hospitales de baja complejidad tanto en el ámbito urbano como rural, ya que es nuestro lugar principal de trabajo y hemos tratado de capitalizar todo lo referente a su potencial y desarrollo.

En todos los congresos y en el transcurrir de los años, hemos escuchado experiencias de muchos compañeros y compañeras que han pasado por cargos de gestión y decisión, realizando cambios dentro del sistema en el nivel local y general; incorporando la mirada epidemiológica y sanitarista. Hemos sido un poco investigadores, formadores sanitaristas y gestores.

Por otro lado --y como se dijo previamente-- ante las crisis estamos siempre alertas y sensibles a sus consecuencias planteado alternativas a seguir, siempre críticos de aquellas formas sanitarias o económicas concentradoras o generadoras de exclusión y muerte; es una virtud que nos permite ver oportunidades en donde otros ven momento de repliegue o frustración, así lo trabajamos en Las Grutas (2009).

Nuestra presencia ha ido creciendo en diferentes ámbitos, nacionales e internacionales, especialmente en la esfera latinoamericana; somos convocados ante temas inherentes especialmente al primer nivel de atención y a la formación del recurso humano propio (Potrero de los Funes 2013). También nosotros convocamos a otros actores de importancia en nuestros espacios para sumar fuerzas o debatir.

Progresivamente hemos ido formando parte de diferentes espacios por temas gremiales, laborales, ambientales y sociales. También hemos ido haciendo camino en temáticas sensibles y actuales como aquellas relacionados con los derechos de la mujer, la interrupción legal del embarazo, los derechos de los pueblos originarios, los cuidados paliativos, de personas con problemas crónicos de salud, pueblos fumigados y uso de plantas medicinales. En todos estos ámbitos contamos con referentes de trayectoria.

Todo indica que nuestro rol de actor crece en el sentido de posicionarnos como referentes nacionales de las luchas por la salud, generando propuestas contra-hegemónicas, intercediendo, convocando, generando debates pero también desde la tarea activa con reclamos y llamados a cambiar la realidad constantemente; uniéndonos con otros que también están en luchas similares, acercándonos a la idea y acciones propias de un movimiento social.

SER PARTE, SUMAR A OTROS

¿Somos un movimiento ideológico? ¿Somos un movimiento social? En tanto tenemos una creencia o visión del mundo, más concretamente en el campo de la salud y en tanto entendamos que enfrentamos necesidades y demandamos políticas, buscando un cambio social, las respuestas a ambas preguntas debería ser un sí rotundo.

Como todo movimiento buscamos un cambio, en este caso aquel cambio que modifique condiciones de vida ya que nuestra concepción de la salud se basa en este principio: la construcción social de la salud. Hemos desarrollado acciones para lograrlo con mucho esfuerzo y perseverancia; aunque quizás debamos plantearnos la eficacia de las mismas en términos materiales y cuál ha sido su valor simbólico.

La construcción de nuestra identidad, nuestras propuestas y nuestro rol social, --procesos siempre en revisión, ajuste y crecimiento-- también nos permiten observar que ya sea por exponer el contexto a través del contacto que hemos tenido desde siempre con las comunidades; el compartir y acompañar con comprehensión y solidaridad situaciones de vida e incorporar gradualmente la participación directa a través de grupos y asambleas hemos comenzado un proceso de real unión de los equipos con las personas y familias.

En los congresos, pasamos de a poco a incorporar a la comunidad, a través de los encuentros de grupos, los cabildos y las dinámicas de asamblea que resultaron en la posibilidad de generar documentos u opiniones consensuadas con una gradual pero continua participación, incorporando estos espacios como parte fija de todos los congresos y de esta forma haciendo realidad nuestra voluntad de sumar miradas y actores. De esta forma, la voz de las personas con las que compartimos todos los días cada vez se escucha más fuerte.

Pero no es solo una participación testimonial; basados en el respeto por la singularidad de las personas reconocemos saberes y experiencias de vida diferentes que enriquecen cualquier proceso de búsqueda de la salud; desde la concepción misma de la salud y la vivencia de esta como un derecho ya sea por reclamos para la obtención de insumos necesarios o por respetar la experiencia de vida ante una dolencia, por todo esto es posible gradualmente ir pensándonos juntos, en situación de igualdad real.

Estas propuestas que venimos haciendo cada vez con mayor fuerza, traduce nuestro compromiso de siempre con los procesos de participación activa. Durante mucho tiempo hemos hablado por un lado de "nosotros" como médicos y luego como equipos y por otro de la "comunidad"; hemos hablado de la "cercanía" y del "acompañamiento", hemos hablado de ciudadanía y sujeto social, palabras e intenciones que de alguna forma revelaban las distancias existentes; el trabajo con Grupos que se viene desarrollando en varios puntos del país es uno de los puntos centrales al hacer realidad la unión entre teoría y práctica, la participación de estos grupos en los congresos a través de las Jornadas de la Comunidad fue otro paso significativo, así como acompañar a las Comunidades que están bajo amenaza por los agrotóxicos; incorporar saberes como los de las plantas medicinales reconociendo saberes populares y generar una espacio como el 1er Cabildo Abierto en Salud (Sta Fe 2015) han sido nuestros primeros pasos.

Hoy asistimos a un paso más en este camino: ver sentados en una de las mesas centrales de nuestros congresos (Bariloche 2016) a miembros de esa comunidad activa. Lo hicimos porque los pensamos de una forma diferente y porque quizás, vemos también la realidad de una forma diferente; personas que ya sin ser "expertos", funcionarios o referentes pueden hablarnos a todos y contribuir a un pensamiento nuevo.

Basados en un conocimiento personal y grupal generado en la experiencia de vida vienen a traernos aire fresco y nuevas fuerzas. Nos hablaron por igual y en primera persona de sufrimientos y de esperanzas, de luchas y de nuevos conocimientos; podríamos decir que nos hablaron de la Salud con mayúsculas. ¿Qué podemos decir al respecto? Nada, solo escuchar y aprender.

Como movimiento tenemos la posibilidad de sumarnos a otros y a otras luchas, haciendo realidad más espacios como estos, seguramente así haremos más real y posible que cuando hablemos de comunidades no lo hagamos guardando distancias sino realmente estando junto con ellas.

Pero no solo nos consideramos un movimiento sino que podemos formar un movimiento más amplio. Existen experiencias regionales en esa dirección; como la del SUS en Brasil a la que siempre miramos con respeto.

¿Con quienes podríamos dialogar y sumar fuerzas? Un movimiento nace de redes preexistentes y es así como existen muchos movimientos dentro del Campo de la Salud con los que hemos estrechado lazos: sindicales, académicos, de trabajadores, ciencias sociales–con los que compartimos visiones y luchas pero también existen aquellos que sin estar estrictamente dentro del campo defienden derechos relacionados con la Salud y con las cuales existen vínculos de afinidad, confluencias y visiones similares: feministas, ecologistas, indigenistas, de economía alternativas, del mundo del trabajo y también aquellos académicos de historia, política, justicia, geografía humana y economía critica.

No solo representan historias de lucha y compromiso sino también ontologías nuevas del mundo: aquellas que intentan conciliar el mundo natural y la cultura humana en una relación más equilibrada e integrada, basados en los derechos de la naturaleza; la ética del cuidado humano y con el entorno, las alternativas al modelo de desarrollo como la des-mercantilización y la descentralización, la tierra como bien común, dando valor al territorio, lo local y a lo micro-social, la vida vs la acumulación, el buen vivir entre otras filosofías.

Muchos de ellos comparten con nosotros territorios, otros comparten problemáticas y formas de lucha; otros comparten saberes y formas de conocer la realidad, es decir que nuestras confluencias pueden ser no exactas, sino aproximativas, y afines.

¿Cómo podemos confluir? Juntarnos y visualizar juntos las coincidencias y las diferencias; buscando construir algo fundamental: "lenguajes puente" es decir palabras de uso común que tengan el mismo significado; saber que la "construcción social de la amenaza" puede unirnos y que desde estos lugares diversos generar un conocimiento nuevo: científico y popular al mismo tiempo.

¿Cuáles han sido las características de los movimientos que han tenido y tiene éxito en los últimos tiempos? sobretodos aquellos eco territoriales centrados en las luchas ambientales y sociales; al decir de Maristella Svampa: "aquellos movimientos que combinaron en su mirada y en su acción una mezcla de activismo directo e indirecto, la utilización de herramientas legales, pluralidad de organizaciones, redes amplias, horizontalidad en el debate y la toma de decisiones, el uso de una epidemiologia popular basada en investigar lo que nadie investiga y de esta forma enfrentar a las elites y su conocimiento validado y un saber experto independiente"

En suma; pensarnos y pensarlos como movimientos que pueden ser vistos desde tres entradas fundamentales: entradas desde lo filosófico, lo ambiental y desde las luchas sociales.

COMPROMISO Y CAMBIO. UNIENDO PASADO, PRESENTE Y FUTURO DE LA FAMG

Recorrer nuestra historia nos muestra los cambios que hemos tenido; un suerte de evolución colectiva en relación a los cambios en nuestro país, así también como hacia adentro: reconocernos en nuestra identidad, nuestras capacidades en relación a aprendizajes que hemos tenido que hacer. Diferentes caminos con sus aciertos y errores nos han permitido "estar ahí" siempre y con las ganas siempre renovadas.

El tiempo actual nos obliga a pensarnos múltiples, desafiándonos a la integración y a buscar incansablemente modalidades de debatir, organizarnos, negociar y consensuar constantemente entre nosotros ya que pertenecemos a algo más grande que personas, grupos o asociaciones. Solo si entendemos esto podremos generar convivencias creativas tolerantes y productivas que hagan atractivo el pertenecer y compartir identidad.

Podríamos afirmar que hemos adherido a una "ética del cambio" con el desarrollo de herramientas éticas y de conocimiento para poder hacerlo (La Pampa 2014) y estos cambios renuevan nuestro compromiso con un futuro que nos convoca.

Hemos sido coherentes, reclamando cambios, pero al mismo tiempo haciéndolos hacia adentro de nuestro grupo. Y no podremos completarlos si no pensamos en renovar las practicas; aquellas prácticas propias de cada una de las disciplinas que conforman nuestros equipos; buscando siempre la especificidad de equipo más que de disciplinas, una tarea profunda que involucra ideologías y paradigmas, como matriz o núcleo central de las mismas.

En este camino hemos oscilado entre grandes ejes, por un lado, el debate de los grandes principios sanitarios y sociales que determinan nuestro trabajo y nuestra realidad y aquellos que determinan el día a día de los equipos y de las comunidades.

Quizás más los primeros que los segundos, y quizás también con la necesidad de realizar síntesis entre los dos. Nuestras investigaciones también han intentado acompañar este proceso, dándose el debate – como eco de aquellos en otros ámbitos sanitarios y del conocimiento- entre las posturas que intentan saldar la oposición de metodologías cuantitativas y cualitativos, (expresiones de elección de un objeto de estudio complejo así también como de poder hacernos preguntas cada vez más integrales de la realidad) así como de formatos que describan procesos y no intentan solo traer evidencia.

Al reconocer que nuestras prácticas de salud son parte de las Prácticas Sociales, podemos analizarlas en sus partes constitutivas: Objeto; medios de trabajo, trabajo propiamente dicho, agentes y las relaciones técnicas y sociales (Méndez—Goncalves 1996). De esta forma nuestro trabajo se enmarca en las relaciones históricas de nuestra profesión, nuestra pertenencia social, la historia de nuestro país, de Latinoamérica y de fenómenos de alcance global.

Solo entendiéndoles como parte de un proceso relacional se pueden conocer las fuerzas en juego y las reales posibilidades que están a nuestro alcance.

Tenemos muchos desafíos por delante, algunos muy cercanos y coyunturales, otros de más largo plazo; hemos enfrentado en el pasado obstáculos que parecían difíciles y que generaban frustración y desencanto, pero de una forma u otra han podido ser superados.

Siempre el deseo renovado nos ha impulsado: esperemos que siga siendo así y muchos otros puedan sumarse; lo necesitamos para seguir avanzando y transformarnos -como expresara el poeta- en fuegos que enciendan a otros fuegos.

BIBLIOGRAFÍA

- *Declaracion De El Bolson, 16 De Noviembre De 2003.*
- *Documento De Potrero De Los Funes 2006*
- *Declaración De "salud Del Litoral Argentino". Federación Argentina De Medicina General En El Marco Del XXX Congreso Nacional, Realizado En Santa Fe. 2015*
- *Declaracion De Bariloche. Hacia Una Política Del Encuentro En Salud.2016*
- *Mesa central. XXXI Congreso FAMG Las condiciones del encuentro con el Otro. Tecnologías relacionadas en salud. E. Merhy. A. Camblong. A. Tesolini. Bariloche 2016*
- *Mesa central. XXXI Congreso FAMG Trayectorias de vida en la construcción colectiva de la Salud. T. Reisman. L. Moro. S Gatica. Bariloche 2016*
- *MESA DEBATE. XXXI Congreso FAMG - Programas, territorios y micro políticas en salud. H. Spinelli. E.Merhy. Bariloche 2016.*
- *Mesa Debate. Propuestas Para Una Ley Nacional De Salud. XXIII Congreso Nacional De Medicina General .24-25 De Octubre De 2008.rosario – Santa Fé*
- *Documento Formación De Recursos Humanos Para La Salud Humana. Síntesis De La Reunión De Autoridades De Las Carreras Universitarias De La Salud, De La Región Pampeana Y Patagónica, Y De Representantes Del Ministerio De Salud De La Nación. XXIX Congreso Nacional De Medicina General, Federación Argentina De Medicina General (FAMG) Santa Rosa (la Pampa) 5, 6, 7 Y 8 De Noviembre Del 2014*
- *Consideraciones Sobre Una Ley Nacional De Salud. Conclusiones De Los Talleres Realizados En El Marco Del XXII Congreso Nacional De Medicina General,16 De Noviembre De 2007santa Rosa – La Pampa*
- *Discurso Inaugural. Presidente FAMG. Rafael Passarini. XX Congreso Nacional De Medicina General La Plata, 18 Noviembre 2005. Veinte Años De Coherencia.*
- *Discurso Inaugural Presidente FAMG. Rafael Passarini. XXI Congreso Nacional De Medicina General, 17 De Noviembre De 2006. Potrero De Los Funes- San Luis. Discurso Inaugural Presidente FAMG. Rafael Passarini. XXII Congreso De Medicina General Santa Rosa, La Pampa.*
- *Discurso Inaugural Presidente FAMG. Rafael Passarini. XXIII Congreso Nacional De Medicina General 23 De Octubre De 2008 Rosario – Santa Fe*
- *Discurso Inaugural Presidente FAMG. Rafael Passarini. XXIV Congreso Nacional De Medicina General 12 De Noviembre De 2009 Las Grutas – Rio Negro*
- *Mesa Central Respuestas A Las Crisis. Como Aprendemos A Enfrentarlas. Rafael Pasarini .xxiv Congreso Nacional De Medicina General 12 De Noviembre De 2009 Las Grutas – Rio Negro*
- *Discurso Inaugural Presidente Famg. Horacio Boggiano. XXV Congreso Nacional De Medicina General. Hotel Bauen- Caba, 11 De Nov. 2010.*
- *Discurso Inaugural Presidente Famg. Oscar Di Marco. XXVII Congreso Nacional De Medicina General. Noviembre De 2012. San Miguel De Tucumán*
- *Discurso Inaugural Presidente Famg. Rafael Pasarini. XXVIII Congreso Nacional De Medicina General 6 De Noviembre De 2013. Potrero De Los Funes – San Luis.*
- *Discurso Inaugural Presidente Famg. Gonzalo Soria. XXIX Congreso Nacional De Medicina General Noviembre De 2014. Santa Rosa, La Pampa.*
- *Mesa Central: 30 Años De Historia En Salud: Una Mirada Retrospectiva. Rafael Passarini. XXX Congreso Nacional De Medicina General. Santa Fe, Octubre De 2015.*
- *Paim J. Desafíos para la Salud Colectiva en el Siglo XXI. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2011.*
- *Schraiber L, Baptistella Nemes M I, Mendes-Gongalves R B. (Organizadores) Salud del Adulto. Programas y Acciones en la Unidad Básica. San Pablo: Editorial Hucitec. San Pablo, 1996.*
- *Maristella Svampa. VIII Coloquio Anual "Diversidad en Ciencias-Ciencias Diversas". Ambiente, Sociedad y Transformaciones en Perspectivas Trans disciplinarias. Conferencia: La agenda socio ambiental en la región latinoamericana: conflictos, disputas y horizontes. Noviembre 2016*
- *Video inaugural. Congreso FAMG 2005 - 20 años de la FAMG*
- *Videos de congresos, jornadas y encuentros/ Fotografías/Programas de Congresos. Videoteca FAMG. Archivo personal*

DESAFIOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD EN ARGENTINA

Silvana Forti[1], Rafael Passarini[2], Adrián Alasino[3], Darío Montenegro[4]

1)Antropóloga. Doctorado en Salud Comunitaria (Universidad Laval, Canada). (silvana.forti@gmail.com).

2)Especialista en Medicina General y Familiar (UNR); Diplomado en Salud Pública (UBA) Profesor Titular asignatura Redes y Sistemas de Salud, Escuela de Medicina (UNMDP); Presidente Honorario Federación Argentina de Medicina General (FAMG). (rapassarini@yahoo.com.ar)

3)Especialista en Medicina General. Maestrando en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud (UNLA). Director Escuela de Medicina (UNMDP), Presidente Federación Argentina de Medicina General (FAMG) (adrianeduardoalasino@gmail.com).

4) Especialista en Medicina General (UNR). Maestría en Salud Pública (UNR). Director Htal. "Protomédico Manuel Rodríguez" (Recreo, Santa Fe). (damonteneg@gmail.com).

APS. CONTEXTO HISTÓRICO Y POLÍTICO.

La década del setenta se caracterizó, en lo sanitario, por los esfuerzos de las naciones para ampliar el acceso a los servicios de salud. El advenimiento de la APS y el compromiso de "Salud para Todos en el año 2000" significaron para la región de las Américas un reforzamiento de las políticas y estrategias para la ampliación de la accesibilidad a los servicios de salud en toda la Región. El antecedente más inmediato fue la III Reunión Especial de Ministros de Salud realizada en Santiago de Chile en 1972, que llegó a la conclusión de que los servicios de salud no lograban hacer llegar sus beneficios a toda la población. Así comienzan elaborarse documentos y propuestas que preparan el terreno para la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, realizada en Alma Ata, Kasajistán en septiembre de 1978.

Organizada por OMS/OPS y Unicef, esta Conferencia que reunió a 134 países y 67 organismos internacionales, definió y otorgó reconocimiento internacional al concepto de atención primaria de salud (APS) que propugnaba una política de ampliación de los servicios para resolver lo que en aquella época se llamó la crisis de accesibilidad, principal signo de una crisis mayor, la de los sistemas de salud.

El contexto político, económico y demográfico en el que se instrumentó a nivel internacional era crítico. El mundo estaba en lo que se denominaba la Guerra Fría. La población empezaba a ser mayormente urbana, en plena transición demográfica. El panorama político se caracterizaba por dictaduras militares en muchos países y democracias inestables en otros, con algunas excepciones. En ese escenario, los servicios de salud estaban organizados con un enfoque centralista. La APS promovió el progresivo fortalecimiento de unidades de servicios y de capacidades locales (que en muchos países se denominaría nivel primario de atención) y que posteriormente servirían de base a nuevos enfoques de políticas de salud.

La Declaración de Alma Ata que, como objetivo principal buscaba ampliar la accesibilidad a los servicios de salud, avanzaba aún más allá ya que propugna "que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva, (y que la APS) es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social".

Un artículo reflexiona que en la Argentina "*la Declaración coincide justamente con un momento crucial del desmantelamiento del sistema sanitario nacional y de la*

transferencia de servicios y responsabilidades a las provincias. (...) La atención sanitaria de carácter extrahospitalario tenía entonces ya una larga tradición, que provenía de los programas sanitarios que se habían promovido en las zonas rurales del Norte del país asociado a los cultivos industriales (azúcar, algodón y tabaco) (ALVARADO, 1978); y la otra orientada a las periferias de las grandes ciudades, dinamizada a partir de los años 1960 por los programas maternos-infantiles y el ingreso de las técnicas de planificación familiar (ROSEN, 1993). (...) Durante la dictadura (1976-1983), la atención desconcentrada en las zonas periurbanas fue desalentada y en algunos casos reprimida, básicamente porque el conflicto político-militar de la década tenía como escenario casi excluyente a las grandes ciudades. En cambio, se reinstaló en algunas provincias un programa financieramente asistido de alcance nacional, que se conocía como Salud Rural. (…) Años más tarde (…) se inicia en los 1990 un período caracterizado por la adopción de políticas neoliberales, con el consecuente vaciamiento del Estado y la aparición del mercado como la principal voz autorizada para dictar la agenda pública (…) se consolidó una fuerte tendencia hacia la mercantilización de la salud. En este contexto, la estrategia de APS se vio traducida al acceso de un paquete mínimo de intervenciones focalizadas, ocultando y aislando a la salud de cualquier reflexión sobre los determinantes sociales, económicos, culturales y urbanísticos…" (1)

En el Informe del Banco Mundial sobre el Desarrollo Mundial –1993. "Invertir en Salud", se decía: "*...como generalmente las reducciones del gasto público son esenciales para un programa de ajuste, es probable que los gastos en salud se recorten. (…)...el liderazgo político, comenzando por el jefe de estado, es un elemento indispensable de los programas de reformas (del sector salud) en casi todas las partes.*

(…) El financiamiento público universal (o el financiamiento ordenado por el gobierno) de un conjunto mínimo de servicios esenciales definido para el país frecuentemente dará mejor resultado que las medidas orientadas hacia grupos muy específicos, con los cuales se podría menoscabar la base política de la reforma."

En los 90´s las reformas iban llegando de la mano del gobierno y así "*el Decreto Nº 9/93, establece la desregulación*

Imágenes artísticas Mercedes Schamber

de las obras sociales (...) esta disposición se completa con el decreto 578/93 regulatorio del Hospital de Autogestión. (...) La norma autoriza a los hospitales que se inscriban en el respectivo registro a complementar sus ingresos cobrando los servicios a las personas con capacidad de pago y con fondos originados en las contrataciones con empresas de seguro privado de salud, mutuales y obras sociales. (...) La política de hospitales de autogestión no implicó cambios sustanciales en la organización del subsistema público, persistiendo los problemas de eficiencia y de falta de focalización del gasto". (2)

Los seguros se implementaron con el Programa Materno Infantil y Nutricional (PROMIN-1994); a éste le sucedió el Plan Nacer (2005). Las características principales es que estos programas se orientaron, en su concepción, a trabajar sobre los indicadores de salud de las poblaciones materno-infantiles, sin profundizar en el resto de la comunidad hasta que, en 2014, el Programa Nacer se amplió, denominándose SUMAR3. Estos seguros de salud subsidian la demanda cambiando el tradicional perfil de un "estado benefactor" por un "estado gerenciador".

En 2004 se implementa el Plan Federal de Salud; "Partiendo de la base de que en Argentina hay niveles razonables, aunque insuficientes, de recursos como para garantizar mejores y mayores posibilidades de salud para todos, lo que se plantea a largo plazo es un sistema de salud equitativo e integrado, con un rol activo de un "Estado garante" del bienestar de la población. El sistema posibilitará el acceso a una canasta de bienes y servicios esenciales en salud a través del aseguramiento que brinde cobertura universal básica a toda la población, con un fuerte componente preventivo y que responda a la resolución de patologías de una manera eficiente y eficaz".(4)

En el período enero de 2002 a diciembre de 2007 se implementan el Programa Médicos Comunitarios y el Programa Remediar en un contexto de emergencia para garantizar "servicios y medicamentos esenciales". Estos eran objetivos a corto plazo y coyunturales. A largo plazo se debían "cerrar aquellas brechas que suelen esconder los promedios estadísticos y que delimitan los márgenes de la inequidad: de un lado los sectores más ricos y del otro los que menos tienen"5. Desde el 2007 al 2014 se mantuvieron, con algunas modificaciones, los programas mencionados.

En la larga historia del sistema de salud argentino, no ha habido una conducción hacia una política de APS nacional, quedando ésta supeditada a realidades provinciales y/o municipales, plagadas de marchas y contramarchas al ritmo del gobierno de turno.

Históricamente la APS ha tenido poco lugar en un sistema de salud ya que los hospitales han ocupado el centro de la escena, con grandes estructuras de un accionar centrífugo para un modelo de atención centrado en la complejidad, reparador, fragmentado y con tendencia a las especialidades de segundo y tercer nivel, lo que es aún más evidente en el sector privado; por la tanto se ha tomado como poco trascendente el trabajo en otros escenarios.

En las últimas décadas, influenciados por un escenario internacional favorable y con la implementación de algunas políticas nacionales mencionadas en este capítulo, se está modificando lentamente esa realidad y comenzando a visibilizarse **la importancia de los efectores del primer nivel de atención.**

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Hoy sabemos que la salud de la población depende poco de los servicios clínicos y más de las determinaciones sociales que se sitúan en diferentes escalas (Jaime Breilh). Si se desea más salud, sabemos que hay que invertir, como se hizo en la última década, en educación, seguridad alimentaria, vivienda, trabajo, etc.

Sin embargo, algunos problemas requieren atención médica y para ello existe un sistema sanitario. El objetivo del sistema sanitario es dar respuesta a la morbilidad y mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable y, por ende, al sufrimiento consiguiente. Dos componentes integran el sistema sanitario: a) el que ofrece una red de servicios de atención de las personas, con primer, segundo y tercer nivel; y b) el que ofrece

servicios a las poblaciones (salud pública). El primer nivel de atención, más cercano al lugar donde vive la gente, está más relacionado con las acciones de APS, ya que interactúa con las comunidades y resuelve la mayor parte de los problemas de enfermedad, lo que lo hace relativamente eficiente; de todas formas las acciones orientadas al cuidado de la salud no se manifiestan en plenitud.

En el caso argentino, constitucionalmente el sistema sanitario está asentado sobre la provisión pública, a la que tienen derecho todos los habitantes del país; sin embargo, este sistema enfrenta problemas estructurales y organizacionales para poder implementar una APS que garantice el acceso universal con calidad de la atención.

Uno de los problemas estructurales que se requiere resolver para garantizar el acceso universal es la segmentación del sistema. En el país co-existen tres subsistemas (público, privado y obras sociales) con distintas modalidades de financiamiento, cobertura y provisión. Cada uno se "encarga" de diferentes estratos de población según capacidad de pago, inserción laboral, clase social, nivel de ingreso; dando como resultado una ciudadanía regulada en lo referente al acceso a los servicios y un sistema inequitativo en relación a la cobertura.

Aunado a la segmentación aparece otro problema estructural que es la fragmentación, es decir, la co-existencia de muchas entidades no integradas en una red de servicios de salud. Esta fragmentación se expresa en falta de coordinación y así, por ejemplo, los servicios no colaboran entre sí y compiten; múltiples agentes operan sin articulación impidiendo la integración de redes de atención y la estandarización de la calidad de la atención, dificultando la longitudinalidad y continuidad asistencial y generando incrementos en costos de transacción y una asignación y distribución ineficiente de los recursos materiales y el capital humano del sistema sanitario.

La fragmentación no se ha resuelto en las últimas décadas ya que los programas que se han generado son focalizados o específicos por patologías y/o problemáticas: Plan Nacer, Plan Materno Infantil, Remediar, Jefas y Jefes de Hogar, PROFE, Médicos Comunitarios, etc. A su vez cada uno de estos programas impone un registro específico propio que se superpone con los otros, generando múltiple información que no puede cruzarse.

Otra dimensión de esta problemática sanitaria que impide fortalecer la APS, se relaciona con el financiamiento de la salud. El gasto en salud en Argentina se ubica en el 10.35% del PIB (Financiamiento de la Salud Poblacional en Argentina-Área de Salud IDEP-ATE), lo que lo acerca al gasto en salud de los países de la Organización de Cooperación para el Desarrollo Económico (OECD), que es del 8.9% (OECD 2010). De este 10,35 %, un 1,41 es aportado por las provincias para un 2,49 % del total del aporte estatal. (Financiamiento de la Salud Poblacional en Argentina-Área de Salud IDEP-ATE.)

En Argentina, tenemos que el 49.2% del gasto en salud es aportado por los bolsillos de las familias, contrastando con los países de la OECD donde financiamiento público es responsable de

la mayor parte del gasto, representando más del 77%.

En relación a la financiación de la APS, en nuestro país constituye el 23,8 % del gasto público, pero sólo el 6% del gasto global en salud del país. Esto suele traducirse en condiciones precarias para muchos trabajadores de la APS. De lo público el 61,3 % del gasto en APS es municipal, generando un importante componente de inequidad (Stolkiner, 2013).

Sumado a lo anterior, consideramos que la dimensión legislativa en salud funciona como barrera para la organización de un sistema sanitario basado en la APS. Argentina es un país federal con una fuerte descentralización de servicios asistenciales que han carecido de un acompañamiento sistemático de recursos, donde la administración y provisión, básicamente, es de competencia provincial y municipal, incluyendo a los servicios de primer nivel. Sin embargo, frente a la ausencia de políticas nacionales sanitarias y a la configuración federalista del país, combinado con una baja articulación interjurisdiccional, tenemos un mosaico legislativo sanitario que dificulta la coordinación de servicios impactando en la calidad de la atención. A esto se suma cierta tradición de beneficencia de los servicios estatales y no de cumplimiento de derechos.

En cuanto a los aspectos organizativos de la APS, en el sector publico existen diversas modalidades de servicios de atención primaria que difícilmente trabajan en redes. Se encuentran los llamados Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), Centros Integrados Comunitarios (CIC) y Postas Sanitarias. Algunas características de estos CAPS pueden ser comprendidas a partir de criterios mínimos para su inclusión en el Programa Remediar (antes Remediar + Redes), cuyo objetivo principal es la provisión de medicamentos esenciales en forma gratuita, con cobertura del 90% de los principales motivos de consulta en el primer nivel de atención (ISAGS, 2012). Aproximadamente siete mil Centros de Salud en todo el país son receptores del Programa Remediar que, como ya se dijo, pueden ser de administración municipal, provincial y, raramente, nacional.

Desde la doctrina sanitaria tradicional la función del médico del primer nivel de atención es doble: **a) como filtro/puerta de entrada** se relaciona con la accesibilidad y/o derivación a otro sector si lo considera necesario; y **b) función de acompañamiento** (longitudinalidad-integralidad).

Así, la función de filtro se configura en un contexto particular y es expresión de diversos factores sanitarios y no sanitarios ya que esa función, también expresa un acuerdo social. En esta concepción sanitaria la función de filtro es un mecanismo jerárquico en el sistema de salud y otorga a los médicos generales el monopolio del primer contacto. Por ello es necesario conformar equipos de salud básicos, de médicos y enfermeros/as, para contrarrestar la hegemonía corporativa de muchas especialidades y subespecialidades médicas lineales.

En la perspectiva de un sistema organizado por niveles se asume que la función de filtro del médico general conjugada con el uso de la lista de pacientes adscriptos (población a cargo), permite ir acumulando y mejorando el conocimiento sobre las personas y familias que atiende a lo largo del tiempo donde ocurren distintos problemas de salud, lo que le permite desarrollar una capacidad de toma de decisión ante situaciones complejas, sobre todo en casos de co-morbilidad (Ortún et al 1995).

La longitudinalidad, se caracteriza por la relación interpersonal entre médico y paciente, y por ofrecer coordinación de cuidados respecto a todos los problemas de salud del paciente a lo largo de su vida (Gérvas et al 1995). La continuidad le ofrece a la persona el seguimiento de problemas concretos de salud. Si la continuidad se refiere a un problema, la longitudinalidad se refiere a una persona. La continuidad sería la característica de todo el sistema sanitario; la longitudinalidad es característica básica de la atención primaria.

En el sistema sanitario argentino, se dificulta tanto la continuidad como la longitudinalidad. En general no hay una puerta preferencial definida, y para el acceso a especialidades no es obligatoria la derivación desde el profesional del primer nivel de atención. Son diversas las puertas de ingreso al subsistema de atención ambulatoria, por los Centros de Salud, consultorios externos de hospitales, centros de guardia, con las habituales barreras organizacionales de acceso. Se estima que cerca de la mitad de las consultas médicas son en el primer nivel de atención, como se observa en la Provincia de Buenos Aires. El primer contacto puede ser en el primer nivel pero también, indistintamente, en el segundo.

Por otra parte la consulta se realiza a libre demanda, tanto en el sector público como en las obras sociales, y no se nominaliza la población; sólo se utiliza la nominación en los programas como SUMAR y en las obras sociales en las que se opera la lista de afiliados. En muchos casos hay un tope en las consultas mensuales. Estas modalidades generan una alta demanda insatisfecha.

Cabe destacar que en el subsistema de las obras sociales se utiliza el modelo norteamericano managed care de los 70's, que introdujo la figura del médico del primer nivel en su rol de portero (gatekeeper), enfatizando los atributos que hacen a la característica del profesional de APS: primer contacto y coordinación de la referencia a los especialistas. Sin embargo, en la definición norteamericana el rol de filtro (gatekeeping) refiere al proceso de autorización de las derivaciones por un médico generalista designado para cumplir esta función. La mayoría de los seguros sociales pagan al mal llamado médico de atención primaria por capitación y, como uno de los pilares del managed care, el gatekeeping ha sido considerado esencial como estrategia de contención de costos.

Finalmente, el reto de reorganizar el sistema de salud alrededor de una APS abarcadora de calidad enfrenta el problema de la carencia de una formación médica y de enfermería orientada a desarrollar competencias más importantes para el trabajo en APS. Entre esas competencias básicas se encuentran el cuidado integral y continuo centrado en la persona, la identificación y el cuidado apropiado de los problemas clínicos más frecuentes, el énfasis en la promoción de la salud, en la prevención de enfermedades y en el trabajo interdisciplinario e intersectorial dirigido a los determinantes socioeconómicos del proceso salud-enfermedad; el desarrollo de una comprensión y de un abordaje biopsicosocial del proceso salud-enfermedad; y la identificación de intervenciones sobre las necesidades sanitarias y demandas de la comunidad.

El médico especialista en medicina general y de familia y el enfermero con especialización en salud familiar y comunitaria son los ejes del equipo multiprofesional de APS que debe ser complementado, de acuerdo con las condiciones de cada región y las características demográficas y epidemiológicas de cada población, por otros profesionales (odontólogos, obstétricas, asistentes sociales, etc.) sumados a los agentes comunitarios o promotores de salud; todos deben contar con formación técnica suficiente para incorporar los conceptos y prácticas de la APS relativos a cada categoría profesional.

En nuestro país, si bien en el sector público existen Centros de Salud donde se trabaja en equipo, en la gran mayoría de los efectores del primer nivel el trabajo es individual, sin que existan

criterios unificados de atención. A esto se suman las modalidades de contratación que en muchos casos está precarizada, sin la adecuada estabilidad laboral.

A manera de resumen podríamos señalar que la valoración de la APS está dada, en primera instancia, por el sistema de salud en el que se encuentra inserta. Ese sistema es el que concreta la significación de dicha atención en el nivel de la organización sectorial (Testa, 2004). La APS, tal como se configura e inserta en el sistema sanitario argentino, tiene un significado concreto que se expresa como un elemento aislado con baja legitimidad social y se materializa e interpreta como un conjunto de servicios del primer nivel, con escasos recursos y baja resolutividad. Y un significado abstracto (el que corresponde a su definición ideológica), como se observa en innumerables documentos de políticas de salud donde, muchas veces, cuando se habla de APS, en realidad se refiere al primer nivel de atención o a una canasta de servicios básicos focalizados por enfermedades, por sexo o edad.

Otros capítulos podrán profundizar en lo que respecta a la formación de grado, ya que la currícula no ha sufrido importantes cambios en un modelo educativo centrado en la enfermedad y en el "ejercicio liberal de la profesión", lo que afianza aún más una mercantilización de los problemas de salud y un protagonismo excesivo del llamado complejo médico industrial. La promesa generada por nuevas escuelas de medicina, integradas en departamentos de ciencias de salud, es una iniciativa que debe ser debidamente estimulada por el Estado, para alcanzar un nuevo paradigma de formación del capital humano en salud.

PROPUESTA

La Atención Primaria (AP) se caracteriza por un conjunto de acciones de salud, en el ámbito individual y colectivo, que cubre la promoción y protección de la salud, la prevención de riesgos, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación, los cuidados paliativos, la reducción de daños y el cuidado de la salud con el objetivo de ofrecer una atención integral que impacte en la situación de la salud y de la autonomía de las personas, así como en los determinantes y las determinaciones sociales y los condicionantes de la salud de las poblaciones.

Desde esta perspectiva y para avanzar en pasos superadores de la fragmentación y segmentación del sistema sanitario, se propone como primer paso promover acuerdos políticos en los diferentes niveles jurisdiccionales para que la AP sea una política de estado, pensada *como estrategia organizadora del sistema* y no como mero nivel prestacional.

Consideramos como condición necesaria, mas no suficiente, la formulación de una política nacional de AP que se oriente por principios de universalidad, accesibilidad, vínculo, continuidad del cuidado, integralidad de la atención, interculturalidad, responsabilización, humanización en la atención, equidad y participación social.

Una política de AP que considere al ciudadano como un sujeto en su singularidad e inserción sociocultural, y a las poblaciones enmarcadas en territorios atravesados por desigualdades e inequidades, así como potencialidades, buscando producir una atención integral.

Dicha política de Estado tendría que explicitar fundamentos y directrices para fortalecer la AP:

I. Tener territorio adscripto para facilitar la planificación y programación descentralizada, así como el desarrollo de acciones sectoriales e intersectoriales con impacto en la situación, en los condicionantes y determinantes sociales de la salud de poblaciones que constituyen ese territorio, considerando siempre el criterio de equidad.

II. Posibilitar el acceso universal y continuo a los servicios de salud de calidad y resolutivos, caracterizados como la puerta de entrada abierta y preferencial de la red de atención, acogiendo a los usuarios y promoviendo la vinculación y corresponsabilización

para la atención de sus necesidades de salud.

III. Adscribir a los usuarios y desarrollar relaciones de vínculo y responsabilización entre los equipos y la población adscripta, garantizando la continuidad de las acciones de salud y la longitudinalidad del cuidado.

IV. Coordinar la integralidad en sus variados aspectos a saber: integrando las acciones programáticas y las demandas espontáneas, articulando las acciones de promoción de la salud, prevención de daños, vigilancia de la salud, tratamiento y rehabilitación y manejo de las diversas tecnologías del cuidado y de gestión necesarias a estos fines, y a la ampliación de la autonomía de las personas y colectividades; trabajando en forma multiprofesional, interdisciplinaria y en equipo; realizando la gestión del cuidado integral del individuo y coordinando con el conjunto de la red de atención.

V. Estimular la participación de los ciudadanos como forma de ampliar su autonomía y capacidad en la construcción de cuidados a su salud y de las personas y colectividades en el territorio, en el enfrentamiento de los determinantes, las determinaciones sociales y los condicionantes de la salud, en la organización y reorientación de los servicios de salud a partir de lógicas centradas en la persona y en el ejercicio del control social.

VI. Redefinir el rol de cada uno de los Estados: a) Nacional: que debe ejercer su rol de rectoría y asegurar a través de un financiamiento genuino, políticas y programas que garanticen la equidad en todo el país. b) Provincial: que le corresponde asegurar la accesibilidad a las redes de servicios de salud y garantizar el capital/talento humano calificado para los tres niveles de atención, incorporando el concepto de equipo de salud interdisciplinario para la complejidad de lo social. c) Municipal: que debe ocuparse fundamentalmente de realizar acciones que prioricen el cuidado de la salud a través de la intersectorialidad y el trabajo comunitario; responder a problemáticas sociales complejas y, en el caso de contar con servicios asistenciales del primer y segundo nivel (algo que muchas veces genera nuevas inequidades), convenir con su jurisdicción provincial para que el financiamiento de los mismos no le impida destinar recursos a la APS.

VII. Incorporar el concepto de alta complejidad de lo social. El conocimiento sobre lo social va de lo global a lo específico y se hace necesario reforzar el concepto de equipo de salud del primer nivel. Es más comprendida la alta complejidad de la patología médica -en general es superespecialización con elevado uso de tecnología- que la alta complejidad social. La alta complejidad de lo social implica contar con el recurso adecuado para cada situación y debe también plantearse por niveles de resolución como la red de servicios médicos, pero en sentido inverso (hacia a la comunidad).

VIII- Apostar al fortalecimiento de agencias de regulación de tecnologías médicas, tanto de métodos de diagnóstico como terapéuticos: por ejemplo ANMAT y otras asociadas a universidades públicas, laboratorios de producción pública de medicamentos e insumos médicos, INTI, etc. Estas agencias

deben disponerse una por provincia o región de país y ser la máxima autoridad imponiendo políticas de regulación en el marco de la ética pública e incentivando la investigación y la producción de conocimiento.

La Federación Argentina de Medicina General (FAMG) (6) respecto de los Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención, según Niveles de Complejidad Social, propone lo siguiente:

Nivel 1, de resolución baja: agente sanitario, enfermero, médico, obstétrica, odontólogo.

Nivel 2, de resolución media: asistente social, psicólogo, nutricionista.

Nivel 3, de resolución alta: fonoaudiólogo, psicopedagogo, fisioterapeuta, sociólogo, equipo de violencia intrafamiliar, equipos interdisciplinarios para situaciones complejas: adicciones, prostitución, violencia social, trata de personas, discapacidades severas, etc.

La Integración con otros actores sociales para influir sobre los estilos de vida mediante:

- Hábitos Saludables: Individuales; Socioculturales; Ambientales

- Investigación-acción: Análisis de la Situación de Salud (ASIS) o diagnóstico situacional. Proyectos de Intervención (en base a la Planificación Local).

La Integración de Equipos Interinstitucionales o Intersectoriales.

La Integración de Redes: Redes Personales y Familiares (Culturales por Fuera del Sistema de Salud); Comunitarias; Institucionales y de Servicios; Intersectoriales.

El resultado u objetivo final será el empoderamiento: el centro de salud es parte de la comunidad, ésta se apropia del mismo y le pertenece a todos.

A su vez la Política Nacional de Atención Primaria (PNAP), será la que organice la diversidad de programas nacionales relacionados con actividades de atención primaria, y la articulación de estos programas deberán seguir las directrices de esta PNAP, configurando un proceso progresivo y singular que considere e incluya las especificidades locales y regionales.

Así mismo en dicha política estarían expresadas: a) las funciones de las redes de atención a la salud; b) las responsabilidades comunes a todas las esferas de gobierno así como las particulares de cada nivel gubernamental; c) la infraestructura y funcionamiento de la AP incluyendo educación permanente, atribuciones profesionales comunes y especificas y procesos de trabajo de los equipos de AP; d) el financiamiento de la AP que necesariamente deberá ser aumentado; y e) la participación y control social.

En relación a la actual desarticulación del sistema sanitario, esta política nacional de AP será la guía que permitirá ir articulando hacia dentro los diferentes programas focalizados, que se manejan a nivel nacional, para integrarlos progresivamente en las funciones de las redes de atención y hacia afuera servirá para articular con las obras sociales y el sector privado.

Una política nacional de AP servirá de paraguas para superar los problemas relacionados con el capital/talento humano y permitirá promover una cultura favorable a la atención primaria entre los usuarios y los servicios de salud, y al mismo tiempo presentara un escenario para acuerdos con las universidades y centros de formación para orientar las currículas hacia el desarrollo de competencias para la AP.

En relación a la gestión de la AP este marco de política, promoverá el registro único, el uso de protocolos y herramientas de gestión, así como la historia clínica informatizada.

CONCLUSIONES

No hay duda que los cambios para fortalecer la AP en nuestro país se trata de un proceso a mediano y largo plazo, con intervenciones progresivas en diferentes ámbitos y dimensiones, que necesita ir ganando apoyo social para imponer a la AP como estrategia organizativa del sistema de salud. De ahí que es importante recuperar la planificación estratégica que permita avanzar en pasos progresivos hacia dentro del sistema, buscando una mayor vinculación de la AP con la salud pública y, hacia afuera del mismo, procurando fortalecer la intersectorialidad para impactar en las determinaciones sociales de las inequidades en salud.

La posibilidad de superar las inequidades en salud pasa por la necesidad de fortalecer un sistema de salud bajo control público universal, con efectividad clínica y legitimidad social.

Una futura Ley Nacional de Salud deberá integrar y jerarquizar, necesariamente, la política de APS para alcanzar los objetivos mencionados en el presente capítulo.

"En memoria de Higinia"

❁ **Premio de Honor "Débora Ferrandini" 2018**
❁ **Premio de Honor "Madres de Plaza de Mayo" 2018**

"Activos comunitarios: Identificación de problemáticas y recursos en el equipo de salud y en grupos de vecinxs"

Community assets: Identification of problems and resources in the health team and in neighborhood groups

Marìa Amalia Gonzalez[1]

1-Médica, Técnica Superior en Psicología Social
Jefa de Residentes Medicina General y Familiar, Residencia MGyF Hospital Cosme Argerich
Centro de Salud 9 (Irala 1254, La Boca) La Boca, Ciudad Autónoma de Buenos Aires
amaliagn@gmail.com

⇉ *Ver trabajo completo*

Resumen: Durante una rotación electiva en la Dirección General de Salud Comunitaria (dependencia del Ministerio de Salud de CABA) una médica residente tiene la oportunidad de realizar un "trabajo final" que se enfoque en la identificación de Activos Comunitarios: Recursos que, a nivel individual o comunitario, aporten a la mejora de la salud. Decide hacer una actividad con dinámica grupal, en grupos de profesionales de la salud y grupos de vecinos, para contrastar sus conocimientos de los recursos del barrio, y sus concepciones sobre las principales problemáticas de sus habitantes.

A través de una dinámica sencilla y reproducible (dispositivo Grupo Focal) recaba información sobre recursos y problemáticas barriales en cuatro grupos: dos equipos territoriales, un grupo de promotoras de salud (Vecinas del Barrio) y un grupo de vecinos

Se encontró gran coincidencia entre los recursos identificados por vecinxs y equipo de salud, que fueron numerosos. Desde los equipos de salud se conocían los recursos, pero no había un vínculo con referentes de los mismos. Hubo mayor identificación por lxs vecinxs de recursos relacionados a iglesia católica y murgas. Con respecto a la identificación de problemáticas, en todos los grupos se identificó la problemática habitacional del barrio como la principal, pero en los grupos de vecinos también nombraron problemáticas ambientales y deterioro económico. En todos los grupos se identifica como un problema la fragilidad de los vínculos de pertenencia, la soledad y la tristeza, mientras que se remarca la falta de dispositivos de salud mental disponibles para enfrentarlos.

Palabras Clave: *Recursos, Comunidad, Equipo de Salud, Grupos*

Abstract: During an elective rotation in the General Directorate of Community Health (under the Ministry of Health of CABA) a resident physician has the opportunity to carry out a "final job" that focuses on the identification of Community Assets: Resources that, at the individual level or community, contribute to the improvement of health. She decides to do an activity with group dynamics, in groups of health professionals and neighborhood groups, to contrast his knowledge of the neighborhood's resources, and her conceptions of the main problems of its inhabitants.

Through a simple and reproducible dynamic (Focal Group device), she collects information on resources and neighborhood problems in four groups: two territorial teams, a group of health promoters and a group of neighbors.

Great coincidence was found between the resources identified by neighborhoods and health team, which were numerous. Resources were known from health teams, but there was no link with their references. There was greater identification by the neighborhoods of resources related to the Catholic Church and Murgas. With respect to the identification of problems, in all the groups the housing problem of the neighborhood was identified as the main one, but in the groups of neighbors they also named environmental problems and economic deterioration. In all groups, the fragility of the bonds of belonging, loneliness and sadness is identified as a problem, while the lack of mental health devices available to address them is highlighted.

Keywords: *Resources, Community, Health Team, Groups*

Imágenes artísticas Mercedes Schamber

CONTEXTUALIZACIÓN

Durante el 4to año de la Residencia de Medicina General en la CABA existe la llamada "Rotación Electiva". Durante un período de 3 meses lxs residentes de ese año tienen la posibilidad de participar de un espacio formativo a elección, vinculado con los objetivos generales de formación descritos en el programa de la residencia, y que tenga que ver con los intereses/el perfil particular de cada residente.

En mi caso me interesaba desarrollar más la competencia de Gestión, componente fundamental de la formación del Medicx Generalista y/o de Familia; Fue por eso que en el período de junio, julio y agosto del 2017 elegí y tuve la posibilidad de rotar por la Dirección General de Salud Comunitaria (DGSC), una de las direcciones del Ministerio de Salud de CABA, dependiente de la Subsecretaría de Atención Primaria, Ambulatoria y Comunitaria. La DGSC fue creada en 2016 con el propósito de trabajar con lo planteado en el primer punto los Lineamientos Estratégicos del Plan Salud 2016-2019 *"Desarrollar una Atención Primaria de la Salud de acceso universal, equitativo y oportuno, logrando una intervención integral y con participación ciudadana con foco en los problemas de salud y los determinantes sociales"*[1]

Durante el período de rotación pude conocer las 4 líneas estratégicas sobre las que se realiza el trabajo cotidiano en la DGSC:

1- Fortalecimiento del trabajo en Equipos de Salud con un abordaje Familiar y Territorial: Como parte de un modelo de atención en red con abordaje territorial, se propone la implementación del trabajo en Equipos de Salud con un territorio determinado y familias nominalizadas.

2- Articulación con Activos Comunitarios: Identificación y articulación con organizaciones comunitarias para el trabajo territorial en salud. Este trabajo incluye el vínculo con referentes barriales, ONGs, curas villeros, Mesas de Salud y otros dispositivos territoriales que abordan directa o indirectamente la salud de la población.

3- Articulación y trabajo conjunto interministerial e intersectorial: La complejidad de las problemáticas de salud y del trabajo territorial en sí mismo, establece como eje fundamental de trabajo de la DGSC la articulación con otros actores de gobierno, y sectores /actores del Ministerio de Salud con objetivos comunes.

4- Abordaje integral en la prevención de Enfermedades Transmitidas por Mosquitos: El abordaje de las ETM requiere de un trabajo territorial e intersectorial, lo cual quedó demostrado durante la epidemia de dengue de 2016. La DG, forma parte de las acciones del Plan Estratégico integrado para la prevención de Enfermedades Transmitidas por Mosquitos

Dentro de las actividades desarrolladas durante ese período se me propuso hacer un "trabajo final de rotación" con las siguientes características: que tuviera que ver con el área programática en la cual realizo mi residencia, y que estuviera vinculado con alguna de las líneas estratégicas de trabajo de la DGSC. Así fue como surgió el trabajo "Identificación de Activos Comunitarios en la población y el equipo de Salud"

MARCO TEÓRICO Y GLOSARIO

Los Activos Comunitarios en Salud

En 1970 Aaron Antonovsky[2] crea el concepto de "Salutogénesis" a partir de sus investigaciones en sobrevivientes de campos de concentración del Holocausto Nazi. ¿Por qué algunas personas se mantenían saludables a pesar de haber sido sometidas a condiciones extremas? ¿Qué factores protegían su salud, frente a otras personas que la perdían en circunstancias similares?

Morgan y Mena proponen en 2010[3] un enfoque de salud pública orientado a la prevención (salud pública positiva) centrado en la identificación y promoción de aquellos factores que promueven la salud, definiendo los Activos comunitarios en Salud como "Factores que a nivel individual, grupal o colectivo fomentan la creación de salud"

Los activos en salud, son entonces todos aquellos recursos -individuales o colectivos-, con capacidad de mantener y/o mejorar el bienestar de las personas y las comunidades (Morgan y Ziglio, citado por García, 2015). Los activos pueden actuar a nivel individual, familiar o comunitario y desplegar diversos objetivos y redes de acción. Cabe aclarar que los activos, son producto de relaciones sociales y por lo tanto, son históricos y dinámicos, se encuentran enlazados con una multiplicidad de actores, relaciones, redes de intercambio, intereses, etc., por lo que su continuidad y sostenibilidad depende de muchos factores.

Este modelo de identificación de activos implica basar el desarrollo de actividades (y de políticas públicas) en las habilidades y recursos de la población objetivo, tratando de identificar el "mapa de activos" o fortalezas de dicha comunidad, para descubrir las capacidades y talentos (individuales y colectivos) con los que se cuenta. Esto parte de la noción que cada comunidad posee un cierto conocimiento previo, una riqueza de intereses y experiencias particulares, que son valoradas como herramientas para enfrentarse al contexto. Dicho "mapa" va más allá del listado de recursos, problemas y necesidades, convirtiéndose en sí mismo en un proceso de empoderamiento, capacitación, participación y toma de responsabilidades individuales y de asociaciones ciudadanas.

En este sentido, como parte de las estrategias de salud comunitaria se precisa realizar un "mapeo" u otra metodología que se ajuste y sea la más apropiada para cada lugar según sus particularidades para la identificación de activos que dé cuenta de lo que se está haciendo en materia de salud en la comunidad. Los activos en salud, una vez identificados precisan de acompañamiento para encaminar y potenciar acciones de promoción y prevención en salud para fomentar articulaciones que permitan el trabajo en red y el trabajo intersectorial.

CeSAC 9 – Equipos Territoriales Interdisciplinarios

El CeSAC 9 se encuentra en la Ciudad Autonoma de Buenos Aires, en el barrio de La Boca[4], y corresponde a la Comuna 4.

A partir de los lineamientos propuestos desde la Jefatura del Departamento de Área Programática de Salud del Hospital Argerich, la modalidad de abordaje de sus CeSAC consiste en trabajar en y con la comunidad. Para logarlo, cada CeSAC divide su área de responsabilidad en sub-áreas (ver imagen en anexos, División en Equipos Territoriales del Área del Cesac 9) y se asigna a cada una de ellas un Equipo Territorial Interdisciplinario (ETI) para el trabajo en territorio. Desde la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS), el objetivo es que cada equipo, junto con la comunidad, trabaje las problemáticas locales de salud-enfermedad-atención-cuidado.

El Centro 9 cuenta con cinco equipos territoriales interdisciplinarios (Área 1, 2, 3, 4 y 5) y cada uno tiene a cargo una sub-área geográfica determinada y un espacio de reunión semanal, para planificación de actividades, discusión de casos complejos, visitas domiciliarias, y ejecución de actividades preventivo-promocionales.

Cada residente de Medicina General y Familiar del Área Programática es miembro de uno de los equipos territoriales

1) Plan de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires 2016-2019 , MSAL GCBA
2) Modelo salutogénico: enfoque positivo de la salud. Una revisión de la literatura, Rodriguez, M.J; Couto, M. D.2; Díaz, N. Acta Odontologica Venezolana, Vol 53 Num 3 (2015)
3) Formación en Salutogénesis y Activos para la Salud, M. Hernan, A.Morgan, A.L Mena. Escuela Andaluza de Salud Publica (2010)
4) Programa de Capacitación Local de la Residencia de Medicina Familiar Htal Cosme Argerich 2013

durante los 4 años de residencia (El mismo durante todo el período de formación)

Promotoras de Salud del "Barrio Chino" (Dependientes del Servicio Social del Hospital Cosme Argerich)

En el 1999[5] desde el Servicio Social del Hospital Argerich y Terapia Ocupacional del Hospital Borda comenzaron con un proyecto de capacitación de un grupo de vecinxs como promotores de salud.

En el 2001 el equipo llevó a cabo un curso de formación de Promotores de Salud Comunitaria y Saneamiento Ambiental. Paralelamente se delimitó un área de trabajo de 25 manzanas con una población estimada en 2500 personas que se mantiene hasta la actualidad.

Desde el 2007, la nueva ley 2070 permitió que los promotores incluidos en estos programas, algunos con más de cinco años de experiencia en la misma zona, se convirtieran en personal contratado por el Gobierno de la Ciudad.

La sede física del equipo de promotores se encuentra actualmente en el primer piso del Centro Social de Salud n°4.

Con el paso de los años el equipo de trabajo se fue consolidando y dando a conocer fuertemente en el barrio. Se crearon lazos con los vecinxs de la comunidad y fueron ganando el reconocimiento de la población como referentes de salud, además de ser ellxs mismxs en su mayoría vecinxs del barrio.

Grupo "Salud Colectiva"

Se trata de un Grupo de personas, pacientes del CeSAC 9, que funciona en dicho centro desde el 2015, con frecuencia semanal. El grupo está coordinado por la Lic. Alcira Otero (psicóloga) y la Lic. Analia Monchetti (Trabajadora Social) El lema del grupo es la construcción colectiva de la salud, y las actividades semanales surgen de las propuestas o emergentes grupales. Se han realizado jornadas de baile, cuidado de las plantas del CeSAC, visita a lugares turísticos de la zona, o bien reuniones grupales donde se discuten temáticas emergentes. Todos los participantes son vecinxs del barrio desde hace muchos años, y se atienden en el CeSAC 9.

PLANTEO DEL PROBLEMA

Durante los 4 años de formación en la Residencia de Medicina General y Familiar con sede en el Área Programática del hospital Argerich, los residentes son parte de los Equipos Interdisciplinarios Territoriales (ETI) En este contexto planifican y realizan actividades de educación y promoción de salud junto con los otros profesionales del equipo. Sin embargo, en muchas ocasiones las propuestas tienen escasa participación por parte de lxs vecinxs del CeSAC, generando muchas veces en el equipo de salud el planteo sobre desde qué lugar se elige la temática y se planifican las actividades: ¿desde los intereses de los profesionales, o desde los de los usuarios?

A partir de esta pregunta, surgen una serie de incertidumbres con respecto a la sintonía entre los conocimientos, las preocupaciones y los intereses de lxs vecinxs del barrio y aquellos del equipo de salud

¿Conoce el equipo de salud los recursos del barrio? ¿Hay realmente un trabajo conjunto con referentes barriales, o simplemente se sabe que "están ahí" pero sin construcción de vínculo? ¿Se apropia la población usuaria de los recursos Barriales, o de los del CeSAC? ¿Maneja la población el mismo "recursero" que los profesionales, o existen "recurseros populares" y "recurseros profesionales" funcionando en paralelo?

Además de esta duda, también surgía la pregunta sobre la visión del equipo de salud de los problemas del barrio, y la visión de lxs vecinxs: ¿Tiene el equipo de salud y lxs vecinxs la misma visión sobre las problemáticas más importantes, o el equipo de salud se ocupa de lo que considera más relevante, mientras el público usuario está preocupado por otros temas?

La propuesta del trabajo de "fin de rotación" fue entonces generar un dispositivo que permita responder alguno de estos interrogantes, a la vez que funcione como herramienta para favorecer la identificación de recursos y problemáticas por parte del equipo de salud y lxs vecinxs, en concordancia con la 2da línea estratégica planteada por la DGSC (Identificación y articulación con organizaciones comunitarias para el trabajo territorial en salud.)

PLANIFICACIÓN

Durante un período de 6 semanas (junio-julio) se trabajó en la planificación del proyecto (entre otras actividades propias de la rotación) bajo la supervisión de Mariela Gómez Córdoba (Trabajadora Social) Andrea González (Comunicadora Social) y Yaima Morales (Psicóloga); trabajadoras de la DGSC. Se comenzó por la lectura de bibliografía sobre el concepto de "Activos Comunitarios" (ver en marco teórico) A partir de ello surgió la idea de realizar una actividad en el CeSAC 9 en la cual se pudiera recabar cuáles son los Activos presentes en el barrio. En un primer momento se pensó en realizar un mapeo colectivo[6] aprovechando una fecha específica que fue el cumpleaños de 30 años del CeSAC 9 (el 09/09/17), en la cual se iba a realizar un festival para trabajadorxs y vecinxs; sin embargo se necesitaban ciertos recursos (mapa gigante, iconos, ayudantes) que no era tan fácil asegurar, por lo cual se optó por una actividad de menor complejidad, algo que se pudiera hacer "cualquier día, en cualquier CeSAC"

OBJETIVOS

- Generar una herramienta que permita la identificación de activos comunitarios conocidos por lxs trabajadorxs de salud y por lxs vecinxs del CeSAC 9
- Generar una herramienta que permita identificar las principales problemáticas barriales según grupos de vecinxs y grupos de trabajadorxs del CeSAC 9
- Comparar los activos identificados por los grupos de vecinxs y grupos de trabajadorxs de salud
- Comparar las problemáticas más relevantes según los grupxs de vecinxs y grupos de trabajadorxs de salud

PROPUESTA

El proyecto consistía en aplicar una misma herramienta de recolección de datos en vecinxs y en trabajadorxs de salud; de esta manera luego se podrían comparar los datos obtenidos. Se eligió una modalidad grupal, basándose en la experiencia previa de la autora en trabajo con grupos, y a su vez para aprovechar los grupos de trabajadorxs de salud, y de vecinxs ya existentes, por la particularidad de la organización del trabajo en el Área Programática (Equipos Territoriales Interdisciplinarios, Grupo de Promotorxs de Salud, Grupo "Salud Colectiva")

La instancia del proyecto implicaba distintos momentos:

- Identificación y reconocimiento de los activos comunitarios del barrio según la visión de lxs trabajadorxs de salud y según lxs vecinxs del barrio
- Identificación de las problemáticas de salud más importantes, de acuerdo a la visión de lxs trabajadorxs de salud y de acuerdo a los vecinxs del barrio
- Relevamiento del vínculo existente entre cada equipo territorial y los activos identificados
- Evaluación de la información obtenida
- Generación de insumos para el equipo de salud

5) Trabajo de investigación "Mujeres saludables en el barrio de La Boca. Un ejemplo de trabajo en red, basado en la estrategia de APS, enmarcado en el cumplimiento del Derecho a la Salud y con el objetivo de mejorar la accesibilidad de las mujeres del barrio." –Datto, E. CABA, Agosto 2016.

6) Iconoclasistas, Mapeo Colectivo y Herramientas de Código Abierto. http://www.iconoclasistas.net/

Actividades:

Se tomaría como representantes del equipo de salud a dos Equipos Territoriales Interdisciplinarios: Área 3 y Área 2 (ver Marco Teórico Equipos Territoriales Interdisciplinarios). A su vez se consideraría como vecinxs al equipo de Promotorxs del Servicio Social Zonal y al Grupo Salud Colectiva.

Se propondría el trabajo a través de un dispositivo tipo "grupo focal" con cada uno de estos grupos, obteniendo información al respecto de activos comunitarios conocidos, vínculo con los mismos, y problemáticas de salud del barrio que identifican como más relevantes

A partir de esto se realizaría un mapa del área que incluya los activos comunitarios identificados por los distintos grupos.

Asimismo se realizaría un informe sobre similitudes y diferencias entre las problemáticas identificadas como de mayor prevalencia entre equipo de salud y promotorxs/vecinxs del barrio. También se analizarían similitudes y diferencias entre los activos comunitarios con los cuales se vincula el equipo de salud y la población del barrio.

Este informe y el mapa de activos comunitarios se entregarían a los equipos de salud como insumo para favorecer actividades orientadas a la comunidad.

Dinámica Grupal

Materiales: láminas describiendo los distintos tipos de activos comunitarios, con definición y ejemplos (*VER CUADRO N°1 en ANEXO 1)* Mapa del área. Fibras, marcadores, lámina en blanco para registrar.

Hoja con preguntas orientadoras - Duración: 90 minutos
Apertura: presentar objetivo del taller y encuadre

Desarrollo:

a) Definir los distintos activos comunitarios: a partir de las definiciones en las láminas. Guiándose por preguntas orientadoras ver qué ejemplo de cada tipo de activo conocen. A medida que van surgiendo marcarlos en el mapa con un número, y en la lámina volcar el resto de la información: nombre, vínculo, etc.

b) Necesidades del Barrio: A través de un dispositivo tipo "Árbol de problemas", relevar los problemas de salud que según la opinión del grupo son los más importantes actualmente en el barrio. Materiales: imagen del árbol en una lámina, fibras, marcadores

Definir árbol de problemas. A partir de la pregunta *"¿cuáles consideran ustedes en este momento los problemas más importantes del barrio?"* Hacer una lluvia de ideas. Luego jerarquizarlos, escribiendo en el tronco los problemas principales, en las raíces las causas y en las ramas las posibles consecuencias (*VER IMAGEN N°2: Esquema de Árbol de Problemas)*

Cierre:

- Devolver la cantidad de recursos que se conocen del barrio, y el vínculo con los mismos
- Reflexionar sobre la utilidad de tener un mapa con esos recursos
- Relacionar los problemas identificados en el "árbol" con los recursos comunitarios con los que cuenta el barrio

Puesta en Acción

Durante agosto se realizó la gestión y puesta en marcha de las actividades. Se entregó el proyecto de trabajo a la directora del CeSAC, Dra Lucía Borisiuk, para su aprobación, como así también a los referentes del Grupo de Promotorxs. Una vez aprobado por la directora, se envió por mail el proyecto a referentes de los Equipos Territoriales Área 2 y Área 3; y a las coordinadoras del espacio Salud Colectiva. Una semana después de la propuesta, se volvió a hablar con lxs referentes de todos los grupos, para pautar día y hora de los encuentros, a realizarse durante el mes de Agosto.

A medida que se fueron llevando a cabo las actividades, se notó la dificultad de traspasar la información obtenida a una lámina: por ello se decidió confeccionar un cuadro pre establecido con los ítems "Nombre del activo y Descripción - Dirección- Vínculo con el Equipo/Vecinx" y pedir a unx de lxs miembrxs de cada grupo que fuera volcando la información de la actividad en dichos cuadros.

No se logró marcar los puntos en el mapa dado que en la mayoría de los casos no se sabía la dirección exacta de los Activos descriptos (se conocía una esquina, una calle)

Luego de finalizada cada actividad, se volcaron los datos obtenidos del cuadro escrito hacia un formato digital (Microsoft Excel), y a través de búsquedas en internet y uso de la herramienta Street View del Google Maps, se completaron los datos de las direcciones exactas de los activos recolectados.

Una vez realizados los 4 encuentros, se unificaron los Activos recolectados en un solo cuadro, generándose un "Recursero de Activos".

A su vez, todos estos activos se volcaron en un mapa virtual utilizando la herramienta Google Maps "My Maps" (VER IMAGEN N°3: Captura de Pantalla de la Herramienta My Maps)

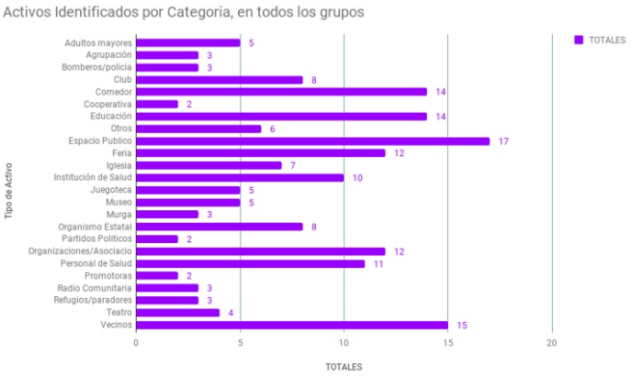
Luego se analizaron y compararon los resultados obtenidos de cada actividad, redactando un Informe y confeccionando una presentación de Power Point.

Durante septiembre y octubre de 2017 se realizaron devoluciones de la actividad en cada grupo, compartiendo el mapa virtual, entregando una copia del informe y del "recursero de activos", y realizando la exposición de los resultados a través de la presentación Power Point. También se realizó la presentación de la experiencia a la residencia de Medicina General y Familiar.

ANÁLISIS DE LO RECABADO

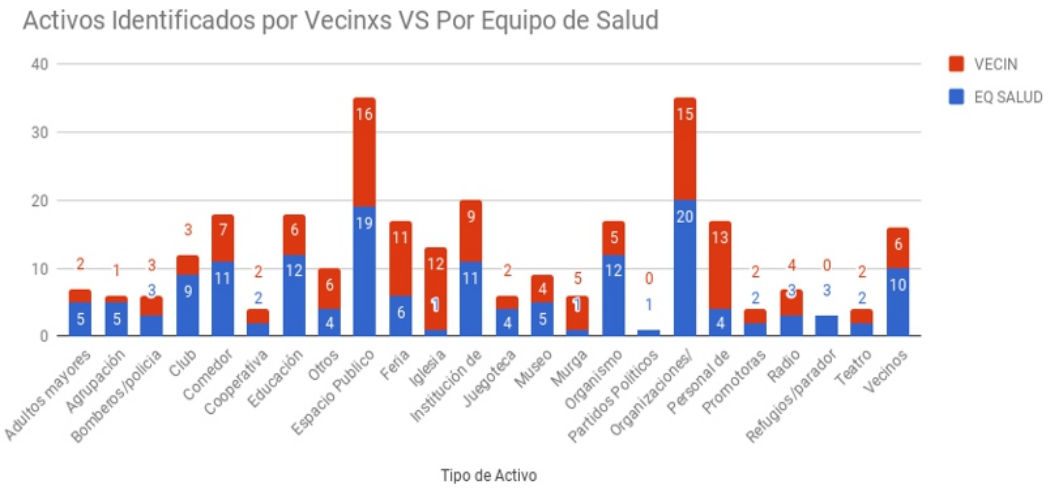
En las 4 actividades se lograron identificar un total de 175 activos diferentes.

Para su análisis se agruparon los activos identificados en 24 categorías diferentes (las categorías se decidieron arbitrariamente) : Las categorías más frecuentemente identificadas fueron Espacios Públicos (9.8%) Vecinxs referentes (8.6%) Instituciones Educativas (8%) y Comedores Comunitarios (8%) (VER GRÁFICO N°1)



En general hubo mucha coincidencia (más del 80% de los activos fueron identificados por dos grupos, el 62% por tres o más grupos) entre los activos identificados en cada grupo, existiendo varios activos (30%) que fueron identificados por los 4 equipos. Los mismos, por esta particularidad, fueron identificados en la planilla de recursos con una marca, dado que se puede pensar que estos activos tienen una relevancia particular.

Es destacable la cantidad de recursos que se identificaron en cada actividad (más de 50 cada grupo) sin recurrir a ningún soporte escrito ni online del tipo "recursero". Esto habla de un manejo cotidiano de recursos comunitarios, lo cual es muy importante tanto en la orientación comunitaria del trabajo del equipo de salud, como en el desarrollo de la vida de lxs vecinxs (que están muy al tanto de la dinámica de su barrio)

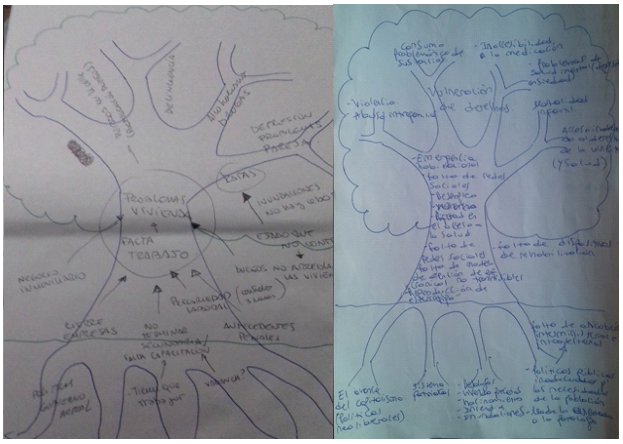


Analizando los resultados brindados por el equipo de salud, representado en este caso por ambos ETI, puede analizarse que, a pesar de los numerosos recursos identificados, entre los que se cuentan escuelas, comedores comunitarios, centros culturales, agrupaciones y asociaciones de vecinxs, solo mencionan haber planificado y ejecutado acciones preventivo promocionales en un porcentaje menor , siendo la mayoría recursos conocidos para referir pacientes, pero sin vínculo estrecho con los referentes del espacio. La vinculación con referentes de estos espacios, junto con la planificación de actividades en conjunto orientadas a la comunidad, podría ser un objetivo a corto plazo de los equipos que busquen orientar su actividad interdisciplinaria hacia la comunidad.

Es relevante mencionar que los representantes de los vecinxs mencionaron un total de 13 miembrxs del Equipo de Salud en la categoría Personas de los "Activos Comunitarios", 8 de ellos trabajadorxs del CeSAC 9. Esto puede implicar una importante referenciación de lxs vecinxs de la zona con el CeSAC, aunque cabe aclarar que también puede deberse al sesgo de selección de las personas que participaron, dado que todos ellos o bien son pacientes del CeSAC 9; o bien trabajan cotidianamente en relación al mismo.

Al mismo tiempo desde los ETI se mencionó a 10 vecinxs como referentes de salud.

Comparando los resultados arrojados por los representantes del equipo de salud y los representantes de lxs vecinxs del barrio, cabe destacar algunas diferencias (VER GRÁFICO N°2)En lo referente a recursos relacionados con instituciones eclesiásticas, mientras que lxs vecinxs identificaron 12 Activos diferentes, entre Iglesias, curas referentes, grupos "Scout", etc.; desde los equipos territoriales se identificó sólo 1 (dispensario de medicamentos de Caritas).



Asimismo los grupos de vecinxs identificaron 5 grupos de Murga en el barrio, mientras que el Equipo de Salud sólo conocía 1

Tal vez estos tipos de activo merezcan una mayor atención desde el equipo de salud, dado que influyen activa y positivamente en la vida de lxs vecinxs del barrio.

Por su parte, el Equipo de Salud identificó muchos más activos en las categorías Agrupaciones, Organismos Estatales, y Refugios y Paradores; éste último probablemente porque apunta a otra población (personas en situación de calle). Con respecto a Agrupaciones y Organismos del Estado, puede ser un eje de trabajo la difusión de estos recursos entre los vecinxs

Cabe destacar que en todos los grupos mencionaron desconocer la existencia de agrupaciones políticas partidarias con trabajo en la zona. Queda la incógnita de si estas agrupaciones no existen en la zona, o simplemente su actividad está vinculada con otro perfil de población.

Analizando las **lluvias de problemas, y los árboles de problemas confeccionados por cada grupo** (VER ANEXO 5) se puede observar que los distintos grupos identificaron problemas similares en relación al barrio. Los siguientes problemas fueron identificados en todos los grupos:

Emergencia habitacional: Desalojos, Incendios frecuentes, viviendas precarias, condiciones de hacinamiento, falta de baño, incomodidad, falta de contrato de alquiler, dueños que no arreglan las viviendas, proceso de gentrificación

Precariedad Laboral: desocupación, sobre-ocupación y trabajo precario

Violencias: de género, policial/Institucional, Intrafamiliar, abuso infantil

Consumo problemático: drogas, alcohol, consumismo

Falta de acceso a la Educación: falta de vacantes, falta de guarderías, necesidad de trabajar

Fragilidad en los vínculos y grupos de pertenencia, desarraigo, vinculado con tristeza, soledad y falta de autoestima

Dificultad en el acceso a la salud: falta de turnos, extrema burocracia, no acceso a medicación, falta de modelos de atención y dispositivos de rehabilitación. Mención especial a la dificultad en la atención de problemáticas de Salud Mental

En los grupos integrados por vecinxs del barrio también se identificaron:

Salud Ambiental: veredas rotas, contaminación, perros sueltos, ratas

Deterioro Económico: dificultad para comprar alimentos, aumento de los precios

A partir de los problemas identificados puede destacarse la problemática habitacional, la cual fue el primer problema que se mencionó en todos los equipos. Varios de los activos mencionados por los equipos trabajan temas relacionados con esta problemática,

desde la Agrupación La Boca Resiste y Propone, con su Grupo de Vivienda y Hábitat, como varios de los organismos estatales tales como el IVC (Instituto de Vivienda de la Ciudad) , la defensoría general, etc.

Con respecto a la Salud Mental, fueron problemas identificados como relevantes las violencias de distinto tipo, el consumo problemático y los trastornos de salud mental en general.

Sin embargo ninguno de los grupos identificó recursos comunitarios que trabajan problemáticas de consumo ni violencia. A su vez en varios de los grupos se marcó la falta de dispositivos de atención en salud mental en el barrio (turnos de psicología del CeSAC saturados, falta de psiquiatra, servicio del hospital poco amigable)

Es digno de mencionar que, con distintas palabras, en todos los grupos se habló de un problema que identifican como muy prevalente: la fragilidad en los vínculos, la falta de grupos de pertenencia, la soledad, la tristeza, la falta de autoestima. Con respecto a esto, cabe destacar que existen y se identifican múltiples activos que ofrecen actividades preventivo promocionales (talleres, música, deportes) principalmente para niños; sin embargo los adultos parecen tener escasos o ningún recurso comunitario que les permita comenzar a tejer la trama social destejida. En este sentido cabe destacar al grupo Salud Colectiva, uno de los grupos participantes en la actividad, cuyo objetivo está vinculado con ésta generación de vínculos y lazos en el camino hacia la salud.

DESPUÉS DE LA EXPERIENCIA: LAS DEVOLUCIONES

Al momento de la devolución de la actividad, lxs trabajadorxs de los ETI remarcaron que el proceso mismo de la identificación de activos, y el planteo y organización del árbol de problemas les había servido como disparador para una serie de reflexiones con respecto a las actividades y objetivos de la actividad territorial que estaban realizando. Manifestaron que luego de la actividad pudieron discutir y repensar las actividades que habían realizado, planteándose si estaban dirigidas a los problemas de salud más relevantes. A su vez rediscutieron su vínculo con algunos de lxs referentes barriales, pensando entre todxs distintas estrategias de acercamiento.

Tras ver la presentación, se mostraron de acuerdo con las conclusiones obtenidas, sorprendidxs por algunas de ellas; y expresaron que lo tomarían como insumo para orientar el trabajo del equipo de ese momento en adelante.

Tomaron con mucho interés el "recursero de Activos" ya que "toma los recursos reales, actualizados y en uso" y les resultó interesante la herramienta del Google Maps para el mapeo de recursos, herramienta que la mayoría de lxs trabajadorxs manifestaron desconocer, y a la cual podrían acceder a través de sus teléfonos celulares mientras realizaban las recorridas por el territorio, agregando datos nuevos/actualizando los existentes.

Con respecto a los grupos de vecinxs, manifestaron su satisfacción al haber formado parte de la generación de un insumo valioso para lxs trabajadorxs, y expresaron su agradecimiento por haber recibido una devolución, especialmente el equipo de Promotorxs, lxs cuales en otras ocasiones habían sido entrevistadxs y encuestadxs por sociologxs, trabajadorxs sociales, estudiantes de diversas carreras, etc. Pero sin nunca haber conocido qué conclusiones se sacaban de sus observaciones. Manifestaron haberse sentido "importantes" y "tomadxs en cuenta", y vieron con satisfacción que se reconocía su gran conocimiento de los recursos de SU barrio

Desde la DGSC se vieron complacidas por el desarrollo de la actividad, manifestando que les resultaba una herramienta práctica, de fácil realización y repetible en distintos CeSAC, que de aplicarse mejoraría la orientación comunitaria de las actividades realizadas por los equipos de salud.

Luego de la exposición todxs lxs participantes se manifestaron soprendidxs y conmovidxs por la identificación y puesta en palabras en todos los grupos de una problemática obvia, pero muchas veces silenciada y naturalizada: la vulnerabilidad psicosocial.

CONCLUSIONES PERSONALES

Desde mi punto de vista esta experiencia fue sumamente enriquecedora, y marcó mi desarrollo como profesional.

Poder realizar una actividad acercándome en persona a los distintos grupos, escuchar sus comentarios y reflexiones, me permitió descubrir nuevas verdades en temas en los que muchas veces creemos tener la respuesta guiados por el "sentido común"

Salir un poco del etnocentrismo tan propio de la medicina tradicional, y acercarse a la visión que tienen los propios usuarios con respecto a lo que les está sucediendo, permite el ejercicio de una medicina menos paternalista, y más orientada a un sujeto protagonista de su propia existencia.

Al mismo tiempo pude visibilizar como muchas veces desde el trabajo territorial se planifican actividades sin preguntarse a qué objetivos responden, y si éstos son del equipo de salud o de la población usuaria, y de la importancia desde el lugar de la gestión de primero tomar el tiempo para conocer el territorio sobre el que vamos a trabajar, privilegiando dispositivos sencillos, accesibles y repetibles en distintos ámbitos

Por último me resultó sorprendente ver como se identificaba (especialmente desde los grupos de vecinxs) la soledad, la tristeza y la falta de vínculos como un problema muy importante y en constante crecimiento en el barrio, y la falta de recursos orientados a esta problemática disponibles desde las instituciones de salud. En este aspecto refuerzo la importancia de trabajar desde dispositivos grupales, y mejorar la formación de medicxs generalistas y/o de familia en la teoría, el armado y la coordinación de este tipo de herramientas.

Salvedades

La actividad presentada en este trabajo se pudo realizar de esta manera por las características particulares del trabajo en el Área Programática, y por la existencia de grupos particulares que nuclean vecinxs del Barrio, condiciones que no siempre están presentes en todos los ámbitos de trabajo por lo cual su reproductividad es relativa.

No se puede evitar mencionar que las conclusiones obtenidas del análisis de los datos no pretenden ser estrictamente objetivas, sino que se reconoce que están teñidas del sesgo de la subjetividad de la autora, como médica, como residente de medicina general, y como egresada de la carrera de psicología social

BIBLIOGRAFÍA

Aranda, F., Ávila, D., Benhabib, A., Brizuela, B.,Calvagni, M., Chouhy, C.,Coliqueo, N., Cuba, P., Diaz Bereterbide, M., Dutto, E., Fabregues, S., Lloret, S., Lopatka, H., Mozeluk, N., Protto, V., Raspini, J., Rivelis, Ana., Rognoni, D., Scarsi, M. Programa de Capacitación Local de la Residencia de Medicina Familiar Htal Cosme Argerich (2013)

Dirección General de Salud Comunitaria. Gestión integrada para la identificación y articulación de activos comunitarios en salud. (2016)

Dutto, E. "Mujeres saludables en el barrio de La Boca .Un ejemplo de trabajo en red, basado en la estrategia de APS, enmarcado en el cumplimiento del Derecho a la Salud y con el objetivo de mejorar la accesibilidad de las mujeres del barrio." (No Publicada) Residencia de Medicina General y Familiar HG Argerich, CABA (2016).

Iconoclasisitas, Mapeo Colectivo y Herramientas de Código Abierto. http://www.iconoclasistas.net/

M. Hernan, A. Morgan, A.L. Mena. Formación en Salutogénesis y Activos para la Salud, Escuela Andaluza de Salud Pública (2010)

M. Hernan, A. Morgan, A.L. Mena. Grupos Focais: conceitos, procedimentos e Reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. Leny A. Bomfim Trad, Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 19 [3]: 777-796, (2009)

Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Plan de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires 2016-2019. (2016)

Rodriguez, M.; Couto, M. D.; Díaz, N. Modelo salutogénico: enfoque positivo de la salud. Una revisión de la literatura. Acta Odontológica Venezolana, Vol 53 Num 3 (2015). Recuperado de https://www.actaodontologica.com/ediciones/2015/3/art-19/

Premio de Honor "Salvador Mazza" 2018
Premio de Honor "Laureano Maradona" 2018

"Identificación y análisis de redes y procesos de participación comunitaria en el territorio del asentamiento La Carbonilla"

Identification and analysis of networks and community participation processes in the territory of the La Carbonilla settlement

Pamela B. Barthes Aguirre[1]; Karina E. Cammarota[2]; María S. Perdigues[3]; Mariano Zanotto[4]

1)Médica especialista en Medicina General y Familiar
pamela@jalaris.com.ar
2)Psicóloga
kcammarota@hotmail.com
3)Médica especialista en Medicina General y Familiar
4)Médico residente de Medicina General y Familiar

Hospital General de Agudos Dr. E. Tornu

⇉ *Ver trabajo completo*

Resumen: Introducción: El equipo territorial del asentamiento La Carbonilla se planteo interrogantes relacionados con la Participación Comunitaria (PC), los recursos poblacionales y sus redes sociales.

Objetivo: Caracterizar los modos de PC en el asentamiento La Carbonilla en respuesta a problemáticas de salud integral identificadas por la población general y los/as referentes que trabajan allí.

Metodología: Cuanti-cualitativa descriptiva.

Resultado: La triangulación de datos de las encuestas y entrevistas realizadas, revela una intensa PC, destacandose el rol protagónico de las mujeres. Las actividades preponderantes se realizan en comedores focalizadas en niños y jóvenes, correspondiendo a la pirámide poblacional. Se mencionan como instituciones que trabajan en el barrio: Defensoría del Pueblo, la Cruz Roja, Iglesia y efectores de salud. Surgen como aspectos positivos del barrio el sentido de pertenencia y solidaridad (identificandose mayoría de migrantes con DNI) y como problemas, la infraestructura y la venta/consumo de sustancias.

Discusión y conclusiones: La PC se da mayoritariamente en organizaciones políticas, es dinámica y presenta diferentes niveles. Inciden en ella, el clientelismo político y la militancia, la dialéctica ciudadano/habitante, las nociones de genero y cuidado. Las redes generadas producen diferencias entre sectores. Los procesos de autoproduccion del hábitat generan redes vecinales en relación con procesos afectivos y de pertenencia.

Dichas significaciones dan lógicas y sentido a sus fronteras. La urbanizacion representa la oportunidad de integrarse a la ciudad formal y una forma de resolución de sus problemas. La accesibilidad a las instituciones estatales esta dada por la posibilidad de generar un vinculo.

Palabras claves: *participación comunitaria, redes, accesibilidad, salud comunitaria.*

Abstract: Introduction: The La Carbonilla settlement territorial team raised questions related to Community Participation (CP), population resources and their social networks.

Objective: To characterize the PC modes in the La Carbonilla settlement in response to problems of integral health identified by the general population and the referents who work there.

Methodology: Quantitative-qualitative descriptive.

Result: The triangulation of data from the surveys and interviews carried out reveals an intense CP, highlighting the leading role of women. The predominant activities are carried out in dining rooms focused on children and young people, corresponding to the population pyramid. Mentioned as institutions that work in the neighborhood: Ombudsman, the Red Cross, Church and health effectors. The sense of belonging and solidarity (identifying the majority of migrants with ID) and as problems, infrastructure and sale / consumption of substances emerge as positive aspects of the neighborhood.

Discussion and conclusions: The PC is mostly in political organizations, is dynamic and has different levels. They affect it, political patronage and militancy, the citizen / inhabitant dialectic, the notions of gender and care. The networks generated produce differences between sectors. Habitat self-production processes generate neighborhood networks in relation to affective and belonging processes.

These meanings give logic and meaning to their borders. Urbanization represents the opportunity to integrate into the formal city and a way to solve its problems. Accessibility to state institutions is given by the possibility of generating a link.

Keywords: *community participation, networks, accessibility, community health.*

Imágenes artísticas
Mercedes Schamber

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo es un estudio de investigación con enfoque cuanti-cualitativo de tipo exploratorio, utilizando encuestas y entrevistas con una perspectiva de análisis cualitativo. El mismo forma parte de un proyecto marco de exploración del territorio. Pretende identificar recursos comunitarios del asentamiento La Carbonilla para facilitar, potenciar y/o generar redes de participación que puedan dar, desde la perspectiva de los sujetos involucrados, respuestas a las diferentes problemáticas de la comunidad del asentamiento.

El proceso de investigación se realizó junto a profesionales de las residencias de MGyF del Htal. y Álvarez y Htal.Tornú, y a la Dra. Virginia Ciccaroni, así como residentes rotantes de salud mental y pediatría de diferentes efectores de CABA, que participaron en el diseño de la investigación, desarrollo del trabajo de campo y análisis de datos cuantitativos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Definición del problema: El problema de investigación que orienta el trabajo, se formuló en base al siguiente interrogante: ¿cuáles son los modos de participación comunitaria (PC) en el asentamiento La Carbonilla que permitan potenciar las redes de trabajo territorial?

Propósito: El presente estudio pretende identificar los modos de participación y los recursos comunitarios del asentamiento La Carbonilla para facilitar, potenciar y/o generar redes de participación que, desde la perspectiva de los sujetos involucrados, puedan dar respuesta a las diferentes problemáticas de la comunidad del asentamiento.

Justificación: El proceso de trabajo en el asentamiento La Carbonilla por parte del equipo interdisciplinario, constituido por profesionales del HGAT, HGATA y los Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) 33 y 34 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), comienza en 20051. Este se ha ido desarrollando en torno al reconocimiento mutuo de los actores sociales, el trabajo interdisciplinario e intersectorial, la identificación de necesidades y estrategias de abordaje. Se realizan distintas actividades de promoción, protección y asistencia en salud, de manera coordinada entre profesionales del HGAT (trabajadoras sociales, enfermeros/as, médicos/as generalistas, residencia de Medicina General, pediatras, residentes rotantes de Pediatría), HGATA (psicóloga, trabajadora social, residentes rotantes de Salud Mental, residencia de Medicina General) y también junto a trabajadoras sociales del SSC15.

El equipo interdisciplinario se ha ido planteando interrogantes en relación a la noción PC, a los recursos con que cuenta la población, las redes sociales y los sistemas de apoyo. Esto ha generado la necesidad de realizar un estudio exploratorio en relación al modo en que se organiza la comunidad, los recursos y factores intervinientes, con el propósito de recabar y sistematizar información para gestionar y/o potenciar redes comunitarias que puedan dar respuesta a los problemas de salud detectados por la misma población.

OBJETIVO GENERAL

- Indagar y caracterizar los modos de PC y redes existentes en el asentamiento La Carbonilla, como respuesta a diferentes problemáticas de salud integral identificadas por la población general y los/as referentes que trabajan allí.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las formas de PC de la población de La Carbonilla.
- Conocer las percepciones sobre el funcionamiento de las organizaciones e instituciones con trabajo territorial.
- Conocer factores facilitadores y obstaculizadores respecto de la accesibilidad a las instituciones de salud.
- Identificar aspectos positivos y negativos de vivir en La Carbonilla.
- Caracterizar la organización de los espacios y la relación entre los vecinos.

CARACTERIZACIÓN DE ÁMBITO DE ESTUDIO

El asentamiento La Carbonilla se encuentra ubicado en el barrio La Paternal, correspondiente a la Comuna 15, de la CABA. Asentado sobre terrenos del Estado Nacional próximo a la Estación Paternal de la línea del Tren San Martín) 2,3.

MARCO TEÓRICO

Desde la perspectiva de los profesionales de la salud y de los equipos de trabajo, se inscriben campos de saberes en los cuales resuenan distintas voces que dan cuenta de cómo se construye el concepto de salud.

Dicho concepto se transforma en una condición necesaria para una perspectiva de derechos. La garantía del derecho a la salud integral se sustenta, por ende, en la concepción holística de la misma, vinculada con la satisfacción de distintas necesidades, el desarrollo de una cultura de la salud, así como el aprendizaje social necesario para mejorar la calidad de vida de la comunidad. Se incluye la participación de la población en distintos niveles de decisión, acción y control, como medio para promover, potenciar y fortalecer las capacidades de la comunidad con respecto a su vida y su desarrollo. La idea de comunidad se transforma en un elemento insoslayable a la hora de pensar las prácticas y acciones en el campo de la salud.

En este sentido, un conjunto de personas que habitan un espacio geográfico delimitado y delimitable, que operan en redes estables de comunicación dentro de la misma4, pueden compartir equipamiento y servicios comunes y desarrollan un sentimiento de pertenencia, desempeñan funciones sociales a nivel local de tipo económico, de socialización, participación social y ayuda mutua.

En la CABA es necesario, para analizar experiencias de PC, mencionar a los Nuevos Asentamientos Urbanos (NAU) que condensan la evolución de diferentes determinantes de salud. Nacen a partir de una toma espontánea por parte de un grupo de personas de escasos recursos de una tierra pública o privada deshabitada, generalmente plazas, terrenos baldíos, puentes, bajo autopistas y terrenos aledaños a vías de ferrocarril. Estas zonas son frecuentemente anegables, existen elevados índices de contaminación e insalubridad, pero su ubicación privilegiada en grandes centros urbanos posibilita la cercanía a los lugares de trabajo, los menores gastos en transporte y el acceso a servicios educativos y de salud. Se destacan por una ocupación desorganizada y sin planificación, lo que se expresa en el amontonamiento de casas construidas generalmente con

materiales desechables y en la estrechez de los pasillos internos. No cuentan con la infraestructura ni con los servicios básicos necesarios. Con el tiempo se van poblando con la llegada de nuevas familias con necesidades habitacionales y comienza un proceso activo de participación colectiva en el cual se establecen normas y códigos de convivencia, juntas vecinales y delegados por manzana fundamentales en la interpelación al Estado 2,3. Esto se manifiesta en la distribución parcelaria, el entramado de calles y pasillos internos, la construcción de viviendas con materiales más resistentes, la provisión precaria de servicios públicos y la constitución de espacios comunitarios5.

Partimos del supuesto de que la comunidad está involucrada en el proceso salud-enfermedad, sea consciente o no de ello, detectando necesidades y elaborando propuestas para su resolución. En este sentido, la PC es un proceso que incorpora los valores y costumbres de una comunidad, promoviendo la formación de ciudadanos y sujetos activos, solidarios, responsables. Constituye un proceso mediante el cual la comunidad genera distintos grados de intervención que se caracterizan, por la incorporación de los recursos naturales de las personas, familias y grupos de una comunidad, en la resolución y prevención de los problemas sociales. Para lograr la intervención comunitaria es necesaria la existencia de una red entre los sujetos de participación4. En ese sentido, red es "un conjunto de puntos que se conectan a través de líneas. Los puntos de una imagen son personas y a veces grupos y las líneas indican las interacciones entre esas personas y/o los grupos"6. Se amplía esta definición integrando aspectos funcionales y estructurales en la misma como un "conjunto de relaciones interconectadas entre un grupo de personas que ofrecen unos patrones y un refuerzo contingente para afrontar las soluciones de la vida cotidiana"6.

Además del apoyo social, las redes sociales tienen otras funciones como la identidad, control social, la presión y facilitación. Por otra parte, pueden no ser proveedoras de apoyo sino de tensiones y conflictos, cuestiones éstas que tienen que ser consideradas en el análisis de redes sociales. Existen diferentes tipos de apoyo para valorar en las redes: el apoyo socioemocional (expresiones de afecto y cuidados positivos), apoyo instrumental (información y orientación en la resolución de los problemas) y apoyo material (a través del cual se da o se reciben bienes materiales)6. Esta conceptualización es útil para identificar los recursos con los que cuenta la comunidad. Las redes sociales constituyen el principal sistema de apoyo natural de las personas al que se acude en primer lugar en caso de necesidad de ayuda, mientras que los servicios y programas, tanto públicos como privados, constituye el sistema de apoyo formal, complementario y especializado en relación al apoyo natural. Entonces trabajando desde el sistema de apoyo formal en conjunto con los sistemas de ayuda informales puede incidirse en los procesos de resolución de problemáticas. A lo largo de este proceso, durante las intervenciones, se logra influir sobre ambos sistemas de ayuda.

En relación a las redes y sistemas de apoyo, consideramos la idea de contexto y texto en relación a los grupos sociales7. Valoramos al equipo de salud como texto y contexto de las dinámicas comunitarias entendiendo que los mismos no solo son atravesados por el contexto, sino que también se tornan en productores y potenciadores de significaciones. En el mismo sentido se incorpora una perspectiva sobre accesibilidad, entendiendo a la misma como el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios de salud8. Se considera que la accesibilidad al sistema de salud tiene cuatro dimensiones: la demográfica que expresa las posibilidades geográficas de acceder, la económica que hace referencia a la capacidad financiera de los sujetos para acceder a los servicios, la administrativa que tiene que ver con los aspectos burocráticos que se ponen en juego para acceder y la cultural dada por las diferentes culturas entre el personal de los servicios y la población. Actualmente, algunos autores incluyen dentro de la dimensión cultural una dimensión simbólica8. Dentro de este marco y retomando el concepto de redes planteado previamente por Barnes 6, asumimos que el imaginario simbólico de dos puntos de una red (sujetos, grupos, referentes barriales o el mismo equipo de salud) influye en el vínculo entre ambos modificando necesariamente la accesibilidad al campo de salud.

Es necesario tener en cuenta este análisis de redes y del campo de lo simbólico en relación a la accesibilidad, para potenciar y facilitar recursos que influyan positivamente en el proceso salud-enfermedad de la comunidad.

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio y diseño: el presente es un trabajo de investigación con enfoque cuanti-cualitativo de tipo exploratorio descriptivo, en el marco de un proyecto de trabajo de distintos actores que conforman el equipo territorial.

Universo: población del asentamiento La Carbonilla en el período 2017-2018.

Unidades de análisis: se utilizaron dos unidades de análisis que constituyeron dos tipos de muestra en el estudio.

- Población general mayor de 18 años a la que se aplicó encuestas semiestructuradas.
- Referentes de las instituciones y organizaciones que trabajan en el asentamiento a los que se les realizó entrevista semiestructurada.

Tamaño de muestra y criterios de selección

Se constituyeron dos muestras a partir de las unidades de análisis:

En primera instancia, para realizar las encuestas se realizó un muestreo probabilístico proporcionado al tamaño del asentamiento alcanzando un 26% de la población. Se realizó una encuesta por vivienda. Los/as encuestados/as fueron seleccionados por conveniencia, siendo criterio de inclusión ser mayor de 18 años.

En segunda instancia, se realizaron entrevistas semiestructuradas a individuos mayores de 18 años referentes formales o informales del asentamiento a partir de acciones o actividades que realizan allí. Se decidió entrevistar al menos a un referente de cada organización mencionados en las encuestas. Se utilizó la técnica de bola de nieve y de oportunidad.

Fuentes primarias: encuestas a la población general, entrevista a los referentes que trabajan en instituciones u organizaciones barriales y planilla de recursos de actividades de instituciones u organizaciones barriales.

Fuentes secundarias: relevamiento del material previo generado por el equipo territorial y fuentes del IVC 1, 9,10.

RESULTADOS INVESTIGACIÓN

Se presentarán los resultados obtenidos de interés de las encuestas y los resultados de las entrevistas de manera desagregada. Se realizará la triangulación de los mismos en la discusión.

A. Resultados encuestas

Se realizaron 73 encuestas de las que se obtuvieron datos de interés de 335 personas que corresponden a 26,6 % de la población total del asentamiento considerando el relevamiento previamente citado.

Con respecto a los grupos etarios, se obtuvo la siguiente pirámide poblacional (gráfico 1). La media de edad fue de 26.4, con una mediana de 24.5 años.

En relación al país de origen (gráfico 2) un 54% son oriundas de Perú, 40% argentinos, 4% provenientes de Bolivia y un 1% de Paraguay. Del análisis por edad surge que el 44% son menores de 18 años y de ellos el 71% son argentinos (gráfico 3).

El 92,2% de los/as encuestados/as refirió contar con Documento Nacional de Identidad (DNI), 4,2% no tener DNI y

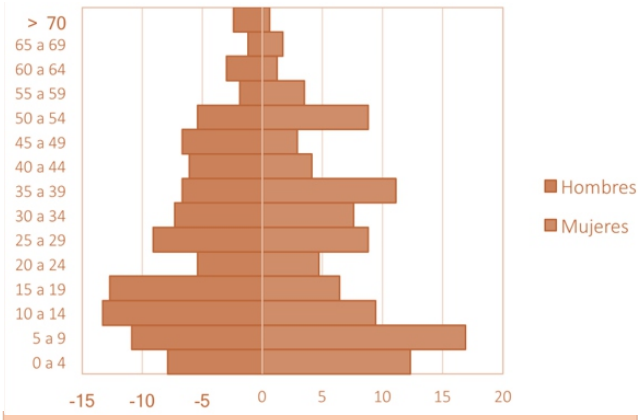


Gráfico 1: Pirámide Poblacional

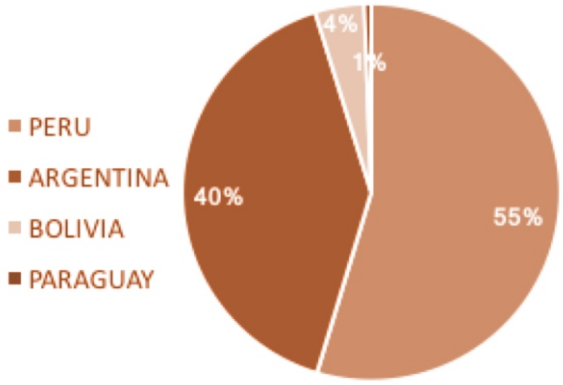


Gráfico 2: Distribución porcentual según país de origen.

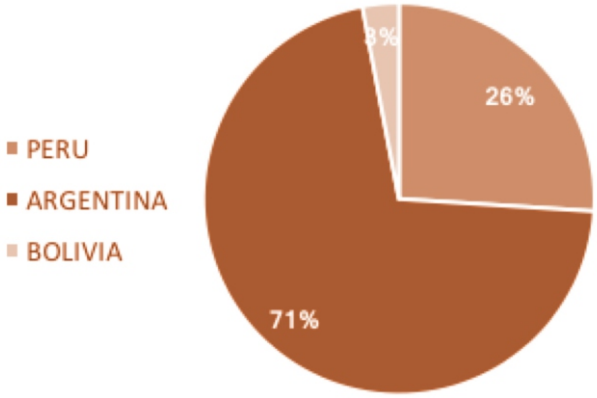


Gráfico 3: Distribución porcentual según país de origen en menores de 18 años.

3,6% Ns/Nc. Considerando a los/as extranjeros/as residentes que cuentan con DNI (94%), la mayoría posee DNI permanente (91% del total) (Anexo 6,gráfico 4).

A la pregunta sobre tiempo de residencia en el asentamiento el 55% de los/as encuestados/as correspondió a más de 5 años (Anexo 6, gráfico 5).

Un 81% de los/as encuestados/as refirió tener trabajo remunerado (Anexo 6, gráfico 6), de los cuales un 70% se encuentran trabajando de manera irregular o "en negro". (Anexo 6, gráfico 7).

Con respecto a la cobertura médica, un 70% refirió no poseer obra social. Los efectores donde más frecuentemente se atienden las personas relevadas son: Htal. Tornú (36,6%), Htal. Álvarez (15,5%), obra social (13,4%), CeSAC 34 (9,9%), otros hospitales (24.6%) (gráfico 8).

En relación a los aspectos que les agradan de vivir en el barrio, surge en primer lugar la tranquilidad (28%), la convivencia con los vecinos (25%) y el sentido de pertenencia (15%). (gráfico 10).

Con respecto a las problemáticas detectadas en el barrio, surge en primera medida (28%) aspectos relacionados a la

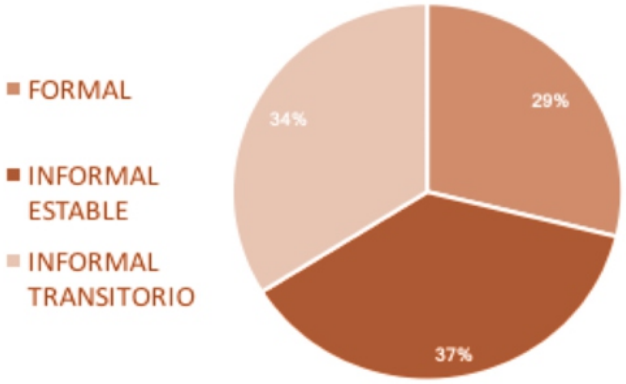


Gráfico 8: Distribución de situación de empleo entre trabajadores remunerados

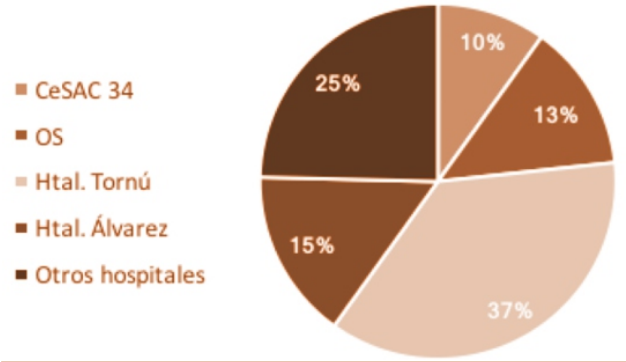


Gráfico 9: Distribución porcentual por instituciones de salud de referencia

infraestructura. Se incluyen dentro de esta categoría las respuestas relacionadas al acceso a los servicios públicos. En segundo lugar (21%), se menciona la inseguridad en referencia a la venta de drogas en el barrio. Surge el consumo y/o comercialización de sustancias ilícitas (16%) y problemas relacionados a la salud ambiental (12%). En menor medida refirieron problemas de convivencia vecinal (5%), problemas de acceso a los sistemas de salud (4%), problemas relacionados con la propiedad (4%), y otros como conflictos con dirigentes y/o organizaciones políticas, desempleo y desarraigo (gráfico 11).

Al indagar acerca de PC, un 78% refirió conocer instituciones, grupos o personas que colaboren en el barrio; la mayoría (68%) son organizaciones políticas y/o comunitarias, seguido de instituciones y/o referentes en salud (11%). En menor medida mencionaron instituciones religiosas y referentes barriales. La mitad de los/as encuestados/as no solo conoce, sino que participa de actividades barriales, principalmente (83%) a través de organizaciones políticas y/o comunitarias y en menor medida a través de instituciones religiosas y organizaciones o programas gubernamentales como el SSC15, Programa de Alfabetización, Educación Básica y Trabajo (PAEByT), Plan FinEs, ANSES; etc. (gráfico 12).

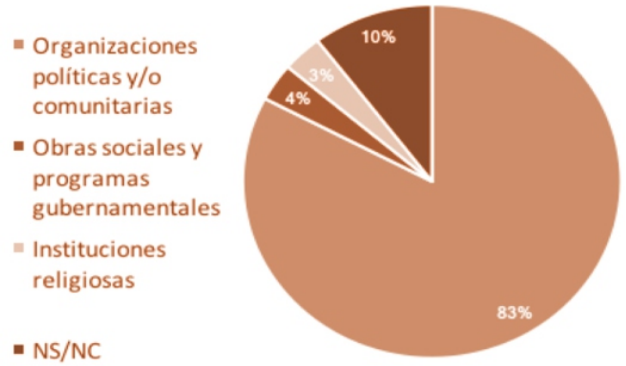


Gráfico 12: Distribución de las organizaciones/ instituciones con participación de la comunidad

Al preguntar si recurrió por algún motivo a dichas organizaciones, un 55% refiere haber recurrido a ellas, siendo las

más solicitadas (58%) las organizaciones políticas y/o comunitarias, y organizaciones o programas gubernamentales (11%), en menor medida instituciones religiosas e instituciones y/o referentes de salud.

B. Resultados entrevistas

Se realizaron un total de 12 entrevistas a referentes barriales, de las cuales la mayoría de las entrevistados eran mujeres (9/12), pertenecían a distintos sectores del barrio, con una predominancia del sector 2. La mayoría de los/as entrevistados/as viven en el asentamiento (8/12). La mayoría vive hace más de 5 años en La Carbonilla, y trabajan en organizaciones o instituciones que realizan tareas comunitarias y territoriales en un tiempo que varía entre 2 y 10 años. En general son migrantes peruanos (8/12) y los que son de nacionalidad argentina no viven en el barrio.

Se construyeron las siguientes categorías de análisis: Participación y Redes Comunitarias (organizaciones sociales, su funcionamiento , instituciones estatales); Articulación; Accesibilidad (facilitadores, barreras); Percepción de la vida en el barrio (percepciones del asentamiento, problemas, aspectos positivos); Urbanización e integración.

En general describieron un importante numero de instituciones y organizaciones barriales de tipo político comunitaria, con y sin base partidaria, que articulan en menor o mayor medida, Se destacaron lazos de solidaridad en relación a vivir en el barrio como modo identificatorio y a la identidad dada por el pais en que nacieron y sus tradiciones. Se señala cuestiones en relación a procesos de integración y discriminación respecto del "barrio fuera del barrio", que genera aspectos negativos de vivir en el asentamiento. La denominación del territorio como barrio apunta a los procesos de urbanización y a las instituciones estatales y su accesibilidad a las mismas. Mencionaron que los profesionales que pueden estar acercarse al barrio y trabajar con diferentes actores sociales son facilitadores respectos de la accesibilidad en salud. (*Anexo resultados entrevistas, trabajo original*)

DISCUSIÓN

El presente trabajo permite describir y analizar los procesos existentes de PC en el territorio del asentamiento de La Carbonilla, visibilizar barreras y facilitadores que los/as vecinos/as y referentes han podido identificar en el acceso a instituciones públicas y en especial a efectores de salud.

Las encuestas y entrevistas realizadas reflejan una intensa PC y una marcada actividad política. En las encuestas, casi un 80% de las personas refieren conocer instituciones, grupos o personas que trabajan en el barrio, de los cuales casi un 70% corresponden a organizaciones comunitarias o políticas. Surge, además, que la mitad de los/as encuestados/as tiene algún tipo de PC, principalmente vinculada a las organizaciones comunitarias. En este mismo sentido, podemos pensar la disponibilidad de colaborar en alguna actividad para el beneficio del barrio y/o comunidad.

Las entrevistas y las encuestas revelan la presencia de diversas agrupaciones políticas que militan en el barrio. Las organizaciones son principalmente de movimientos políticos, que pueden ser partidarios o no, de base comunitaria. Se presentan historias de participación y adscripción múltiple. Las organizaciones políticas en su devenir presentan fusiones y diferenciaciones, marcadas por cambios sociopolíticos más amplios.

"Con el Kirchenismo fui a las movilizaciones. Como te digo… participé en la Corriente Villera, pero estoy más con la Cámpora. Hay más apoyo". E1

En el trabajo de las organizaciones surge la tensión entre el clientelismo político y un modo legítimo de obtener la PC. Esta tensión se encuentra atravesada por la condición inherente de un "verdadero militante político": idea asociada a quien no busca el rédito propio y tiene como fin de su acción la ayuda al otro y a la comunidad en su conjunto.

"A mí nunca me pagó nada nadie por estar en la Junta Vecinal (…) los vecinos se enojan y piensan que me pagan (...) "vota por mí que te damos esto, te damos lo otro (...) y otros no, otros eran por la militancia." E5

El clientelismo ha sido definido como un mecanismo de integración y equilibrio social entre regiones, comunidades y pueblos, dentro de un Estado. Esta integración se basa en un intercambio de recursos de diferente naturaleza y de lealtades sustentadas en relaciones jerárquicas no regidas por la normatividad sino por la costumbre o el pragmatismo11. Sin embargo, el intercambio de recursos y lealtades genera una red social que permite la construcción de un "círculo de amigos" que facilitan la realización de transacciones entre individuos singulares11. A esta conceptualización se le opone otra en la que el clientelismo político tiene una función instrumental, donde el intercambio tiene un carácter temporal e inmediato, sin el establecimiento de redes sociales de pertenencia e integración. Esta visión instrumental es cuestionada en las encuestas y es criticada por los/as entrevistados/as, colocando en primer plano la idea de comunidad de vecinos/as que participan activamente para el bienestar de todos/as los/as que habitan el asentamiento. La articulación que cada movimiento logró con los programas y beneficios del Estado (Programa Ellas Hacen, Cooperativa de Limpieza), es pensada en la misma línea, cuestionando a quien y de qué modo llegan los beneficios.

Además de los movimientos de base comunitaria se mencionaron instituciones que trabajan en el barrio: la Cruz Roja, la Iglesia, los efectores de salud (Tornú y Álvarez), la Defensoría del Pueblo, ANSES y UGIS (estas dos últimas en menor medida).

La organización de los espacios se manifiesta en la división territorial en tres sectores, los cuales cuentan con un cuerpo de delegados/as por sector y una junta directiva. Los/as que ocupan estos cargos participan en los movimientos sociales y políticos mencionados.

Los tipos de redes desarrolladas han producido diferencias entre los sectores en cuanto a la planificación de las actividades y en la disponibilidad de los recursos. Se registra en el mapeo (Anexo 4) que las actividades comunitarias que se desarrollan en el asentamiento se concentran en mayor medida en el sector 2, seguidas por el 3 y luego el 1. El sector 1 es identificado en algunas entrevistas como el más relegado, con un número mayor de convivientes por hogar (5,6) y con mayores situaciones de vulnerabilidad respecto de la comercialización de drogas, seguridad e infraestructura.

"Hay mucha fragmentación entre los delegados del barrio por pertenecer a diferentes organizaciones. Dividen al barrio dentro de los mismos delegados." E4

Ahora bien, **se delimitaron en las entrevistas distintos niveles de PC:**

La participación incentivada por el sentido de pertenencia e identificación de los/as vecinos/as, sin injerencia directa de una ideología política, que motiva a las personas a participar/organizarse en causas comunes y solidarias ante circunstancias adversas.

Aquella llevada a cabo por un grupo de personas con participación activa, con sentido del compromiso social que colaboran en las distintas organizaciones comunitarias y políticas.

Un nivel más complejo y organizado a través de la elección de la Comisión Directiva de la Junta Vecinal y los integrantes del Cuerpo de Delegados.

Estos niveles de participación son dinámicos y funcionales, marcando procesos de trabajo específicos en el asentamiento.

Los/as referentes entrevistados/as refieren un modo de PC que oscila entre una delegación de responsabilidades con el respaldo de la comunidad, donde son estos los que identifican necesidades y lo abren a procesos grupales, y una respuesta colectiva con cierta continuidad ante circunstancias "detectadas como de todos" que posibilita procesos de movilización social y la articulación con instituciones y organizaciones.

"Dejando lo político de lado, las personas acá son más abrazadoras, más

contenedoras.""¿Te falta algo? ¡Tomá!". "¿Vamos a hacer esto? ¡Vamos!" (...) Si no fuera por lasorganizaciones no tendríamos varias cosas; es importante, si no estuviesen no tendríamos nada".E1

Un punto a destacar es el rol protagónico de las mujeres en la PC: la mayoría de los/as referentes barriales son mujeres y quienes participan en las organizaciones también. En las entrevistas, se comenta acerca del rol de liderazgo de las mujeres en espacios de participación, coordinación y toma de decisiones comunitarias; son ejemplo de esto la Junta Directiva, el trabajo de las promotoras de salud, y la cooperativa de limpieza. La organización social TECHO revela que el 66,4% de los roles de liderazgo en los asentamientos informales son ocupados por mujeres12. Aparece la relación entre género y tareas de cuidado, "sumando a su jornada de cuidado del hogar y de trabajo fuera de la casa, una tercera jornada de participación en la comunidad. (...) el trabajo por la comunidad es también trabajo de cuidado desinteresado hacia otros y otras"12.

"Es tremendo el trabajo que hacen y como ellas quieren capacitarse y se autogestionan." E8

Destacamos que los/as entrevistados/as establecen como lugar de encuentro social y contención a los comedores que se sostienen por intermedio de diferentes movimientos sociales que trabajan en el barrio. Las actividades en general se desarrollan en estos lugares y en menor medida en la casa de los/as referentes. Se realizan actividades educativas como apoyo escolar, espacios de recreación para niños y jóvenes y talleres de oficio. La oferta horaria es más amplia en el horario vespertino, tanto días hábiles como sábados. Las actividades están dirigidas a niños/as y adolescentes mayoritariamente, lo cual corresponde con la distribución poblacional en La Carbonilla (Anexo 6, gráfico 1).

Los procesos de autoproducción del hábitat/territorio que suceden en el asentamiento producen redes entre los/as vecinos/as que se juntan y trabajan en cloacas, limpieza, organización de festividades. La gente se organiza para poder vivir mejor y lo hace colectivamente. Dichos modos de organización se desarrollan de maneras múltiples y fragmentadas al interior del barrio.

Ahora bien, un espacio obtiene jerarquía de lugar cuando adquiere significatividad. Las personas se vinculan con un lugar mediante procesos afectivos y simbólicos que generan el sentido de pertenencia13. De este modo, la mayoría de los/las entrevistados/as y encuestados/as también, hacen referencia a La Carbonilla como barrio, diferenciándolo en algunos casos de la idea de villa o asentamiento. El modo de denominación crea el espacio, hace existir un barrio en que habitan los/as vecinos/as de La Paternal.

Al explorar los aspectos positivos del asentamiento, surge el sentido de pertenencia y la solidaridad como centrales. Consideramos que el sentido de pertenencia se vincula con el tiempo que hace que viven en el barrio siendo, en general, 5 años o más, con el nombrarse como propietario de la vivienda que construyeron y la nacionalidad.

En los discursos aparecen elementos identitarios y de hermandad respecto a la nacionalidad peruana siendo la predominante. Se identifica un gran número de migrantes con DNI, como modo de inscripción ciudadana en el país de acogida. El 55% de las personas relevadas son oriundas de Perú y el 40% argentinas, pero si analizamos este dato por edad surge que el 71% de las personas menores de 18 años son argentinas, es decir invierte el predominio de migrantes, ya que sus hijos y nietos nacieron en suelo argentino.

Ahora bien, la nacionalidad surge como un factor de discriminación entre los que viven en el barrio y los que no. El territorio es percibido por los/as referentes como denostado por los vecinos de La Paternal por alojar una gran cantidad de migrantes.

"Hay dificultades, en los hospitales hay mucha discriminación o uno cuando va escucha por ejemplo "estos peruanos de mierda" o por el barrio donde uno vive (…)." E10

Sostenemos que seguir llamando "inmigrantes" a personas geográficamente asentadas resulta abusivo, pues supone definir su condición social a partir de una acción, la de inmigrar, que puede haber sucedido hace años. Esta sustantivización de un participio activo presenta todos los rasgos de una atribución identitaria estigmatizante, esto es, la atribución a otros de una identidad negativamente cargada que, superponiéndose a cualquier otro rasgo suyo, se convierte en su atributo principal y definitorio14.

La diferenciación entre los migrantes "de primera generación" y los de la segunda implica, como toda operación diacrítica, un paso previo no siempre explicitado: la unificación previa de padres e hijos bajo la categoría común de migrantes, producto a su vez de otra diferenciación de grado superior: la que separa a ambos a los no-migrantes.

Respecto a las instituciones del Estado, reconocen a la escuela como elemento integrador con los/as vecinos/as del barrio La Paternal, a diferencia de las instituciones de salud que solicitan estén adentro del barrio.

Otro punto a analizar es cómo impacta esta conformación identitaria de la población de La Carbonilla en la dialéctica ciudadano/habitante. Si en la comunidad tenemos más habitantes que ciudadanos, los procesos de PC serán más difíciles, superficiales y sin articulación efectiva con instituciones del Estado. Se dimensiona entonces a la PC como un ejercicio de ciudadanía, dado que no se trata de que la comunidad se asocie y logre autonomía para hacerse responsable de las problemáticas del territorio, sin exigir a las instituciones del Estado las funciones que sustentan su existencia, sino que participa en condición de actor ciudadano como sujetos de derechos, reclamando el cumplimiento efectivo de los mismos sin renunciar a sus compromisos y deberes.

En las grandes urbes, las villas y asentamientos ocupan espacios marginales. Dicha marginalidad se traduce en los problemas de infraestructura/urbanización que actúan generando un adentro y un afuera que se excluyen y en el cual se alojan prejuicios y significaciones diversas que le dan sentido a las fronteras15.

Un aspecto a resaltar de las significaciones en torno a quienes viven en las villas es que "esta población es construida como representación social del polo social negativo, portador y culpable de la inseguridad"20. De esta manera, la discriminación está presente de manera activa y notable en la representación simbólica que los/as vecinos/as construyen de ellos mismos y de alguna manera la sobredetermina, ya sea compartiéndola pero asignándola a determinados grupos de la villa o forjando la diferenciación en base a la unión de los vecinos y la valoración de pertenecer al barrio. La PC del trabajo territorial en La Carbonilla, cuando adquiere el valor de red, habilita la puesta en juego de procesos de subjetivación identitarios que posibilitan salirse de lugares en que son cosificados "vagos, peruanos, narcos".

"Es lindo el barrio (…) porque nos conocemos todos, cuando hay algún problema salimos todos, hay unión (…) Se dejan de lado las cuestiones ideológicas. Se arman lazos familiares cuando hay una tragedia o cuando está la fiesta peruana (...)." E10

Se plantea la denominación del domicilio como "barrio" y no villa o asentamiento, hecho expresado por algunos/as entrevistados/as de forma explícita. Se comenta la dificultad a la hora de dar domicilio y ser identificado/a como habitante de una villa. En este sentido el domicilio se oculta para insertarse en la ciudad formal16.

"Las ambulancias no ingresan al barrio porque el barrio no está urbanizado." E7

La posibilidad de la urbanización representa la oportunidad de formar parte de la ciudad formal y regirse por las mismas reglas (pagar la luz, el gas, que accedan al barrio las ambulancias, etc.). Se señala en numerosas ocasiones que la urbanización y/o mejoras en infraestructura representan una solución a diversos aspectos negativos que los entrevistados señalan: venta de droga, salud ambiental, acceso a servicios, inundaciones, etc. El proyecto de urbanización está presentado en la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires, luego de años de avances y retrocesos, siendo un

objetivo que todos los/as vecinos/as y agrupaciones están de acuerdo en apoyar. Sin embargo, las disputas políticas por la presentación y autoría del proyecto dificultan la puesta en marcha de la urbanización. Estas demoras generan preocupación en los habitantes del asentamiento, sobre todo al compararse con otros proyectos de urbanización que se encuentran más avanzados (Fraga, 1-11-14, etc). La articulación en torno a este tema es compleja, interviniendo delegados/as de cada sector, la Junta Vecinal, la Defensoría del Pueblo, las agrupaciones políticas partidarias y el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Los/as referentes barriales reconocen en las entrevistas a la Defensoría del Pueblo como la institución estatal que participa en este tema, cumpliendo un rol importante en la protección de derechos y en la construcción de espacios de intercambio.

En relación a la delimitación de problemas que detectan en el barrio, se hace alusión a: por un lado, la infraestructura y urbanización que acabamos de desarrollar, y por otro, la venta y consumo de sustancias que se ha instalado en el último tiempo en el asentamiento. En referencia al segundo problema, aparecen tensiones en torno desde dónde pensar una respuesta, tanto a la problemática del consumo como de la venta de drogas, que describen de modo general de manera indiferenciada.

Como último punto, cabe mencionar la relación y la perspectiva que la comunidad tiene de los efectores de salud/sistema de salud.

Según lo recolectado por las encuestas el 70% de las personas no poseen obra social y presentan un alto porcentaje de trabajo informal. La mayoría de las personas se atienden en el sector público concentrándose el 62% entre los efectores HGAT, HGATA y CeSAC 34, siendo el modelo hospitalario el más elegido. Se impone un imaginario en donde se tiende a valorizar y privilegiar la complejidad como una cuestión de técnicas, de aparatos y de tipo de intervenciones. A pesar de esta elección, el encuentro con el sistema de salud se ve limitado por barreras de accesibilidad administrativa y simbólica. Las limitaciones administrativas están dadas por la falta de oferta horaria en efectores, la espera necesaria para la obtención de turnos, la dificultad de acceso a especialidades o estudios complementarios. Este encuentro es percibido por algunos/as los/as entrevistados/as como reproductor de la exclusión por ser migrante o de vivir en un asentamiento. Esto se refleja en la necesidad de contar con un centro de salud dentro del barrio y una ambulancia en la entrada del mismo.

"Hay dificultades en el acceso para ciertas disciplinas, al oculista hay que ir al Hospital de Niños a las 4 de la mañana. También ecografías tenés que ir temprano porque no hay muchos turnos." E7

La accesibilidad responde también a cuestiones personales y se infiere el protagonismo de los sujetos en la producción del encuentro8, expresado en significaciones asociadas a la idea de discriminación del sistema y a la creencia de que las/os vecinas/os de La Carbonilla no se ocupan de su salud.

Los/as profesionales que trabajan territorialmente en el barrio son percibidos de manera general en el marco un vínculo cercano y se presenta como un nexo integrador o facilitador al segundo nivel de atención. Se reconoce la historicidad del equipo territorial, identificando instituciones de las que provienen y le adjudican un rol fundamental en la gestión de turnos, el acceso de métodos anticonceptivos y la articulación en proyectos específicos. Cabe destacar la articulación predominante con las promotoras de salud del barrio, y el vínculo más estrecho uno a uno a través del seguimiento casa a casa en situaciones que requieran atención domiciliaria. Las dimensiones de cercanía, vínculo, género y cuidados, marcan espacios posibles de intervención, con el horizonte de generar un territorio más amplio, múltiple y de ciudadanía.

"Ustedes que van de casa en casa que van viendo, tenemos la atención más cerca. Más posibilidad de poder atendernos. (...)" E5

Relevancia para la medicina general, equipos de salud y salud colectiva

Aunque las propuestas no pueden ser generalizadas, los resultados del presente estudio aportan conocimientos al trabajo de los equipos territoriales e interdisciplinarios que se encuentran en asentamientos de características similares. Por lo tanto, el mismo podría transformarse en un insumo para incorporar a nuevos trabajos de investigación en el campo de la salud comunitaria. Cartografiar territorio, construir redes comunitarias, intervenir en los pasillos, en la cancha de fútbol, en los domicilios, desarrollando el oficio de lazo, situando significaciones que desbordan y transforman los modelos de atención en salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chera S, Barthes Aguirre P, Ciccaroni V, Nuñez P, Perdigues S, Winder C. Objetivación del Proceso de Atención de un Equipo de Atención Primaria de la Salud en Contexto Comunitario. Asentamiento La Carbonilla – CABA. Trabajo presentado en el XXX Congreso Nacional de Medicina General. 7 al 10 de octubre de 2015, Santa Fe, Santa Fe, Argentina.

2. Paiva V, Boy M. Nuevos asentamientos en la ciudad Buenos Aires: El caso de "La Carbonilla", mediados de la década de 1990 [Internet]. Trabajo presentado en VII Jornadas de Sociología de la UNLP, 5 al 7 de diciembre de 2012 [Consultado el 3 de marzo de 2017], La Plata, Argentina.

3. Michelena L. El estatus legal de los Nuevos Asentamientos Urbanos. El caso de "La Carbonilla" [Internet]. Trabajo presentado en VII Jornadas de Sociología de la UNLP, 5 al 7 de diciembre de 2012 [Consultado el 3 de marzo de 2017], La Plata, Argentina.

4. Gatti CE, Villalba RD, Molina G, Alegría H. Módulo 7: Salud y participación comunitaria [Internet]. En: Programa Médicos Comunitarios, Ministerio de Salud de la Nación. Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación; 2010. [Consultado el 4 de abril de 2017],

5. Defensoría del Pueblo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La Situación Habitacional en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires [Internet]. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Defensoría del Pueblo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires; 2015. [Consultado el 12 de abril de 2017];

6. Villalba Quesada C. Redes sociales: Un concepto con importantes implicaciones en la intervención comunitaria, Psychosocial Intervention. [Internet] 1993. [Consultado el 27 de marzo de 2017]; 2(4):69-85.

7. Fernandez. AM. El Campo Grupal: Notas para una genealogía. 1ra ed. Buenos Aires: Nueva Visión; 2002.

8. Solitario R, Garbus P, Stolkiner, A. Derechos, Ciudadanía y Participación en Salud: su relación con la accesibilidad simbólica a los servicios. Anuario de Investigaciones [Internet]. 2008 [Consultado el 13 de abril de 2017]; 15: 263-269.

9. Departamento de Estadísticas y Censos, Gerencia Operativa de Intervención Social y Hábitat, Instituto de Vivienda de GCABA. Estadístico Poblacional por Mz La Carbonilla Relevado en 2013. CABA: Instituto de la Vivienda GCBA; agosto 2018.

10. Barbiero JM, Fleito D, Chervin VM, et al. La Carbonilla: descubriendo la comunidad. Trabajo presentado en el XXVIII Congreso Nacional de Medicina General. 6 al 9 noviembre de 2013, Potrero Funes, San Luis.

11. González Alcantud J. El clientelismo político. Perspectiva socioantropológica, España: Anthropos; 1997.

12. Mundo Villa [Internet]. CABA: Joaquín Ramos; [actualizado 27 de ago 2018, consultado el 15 de agosto de 2018].

13. Camardelli A B. Los de afuera y los de de adentro: por un nosotros diferente en la IEC. Revista Estudios en Ciencias Humanas. Estudios y monografías de los Posgrados Facultad de Humanidades- Universidad Nacional del Nordeste. [Internet]. [Consultado el 21 de agosto 2018].

14. Goffman E. Estigma: la identidad deteriorada. 1º ed. 10º reimp. Buenos Aires: Amorrortu; 2006. 1980

15. Flores H I. Identidad cultural y el sentimiento de pertenencia a un espacio social: una discusión teórica. Editorial: Universidad Varacuzana, 2005. [Consultado el 2 de junio de 2018]

16. Cristina Cravino M. Las villas de la ciudad: mercado e informalidad urbana. Ed. UNGS. Los Polvorines. 2006.

17. Camardelli A B. Los de afuera y los de de adentro: por un nosotros diferente en la IEC. Revista Estudios en

Ciencias Humanas. Estudios y monografías de los Posgrados Facultad de Humanidades- Universidad Nacional

del Nordeste. [Internet]. [Consultado el 21 de agosto 2018].

18. Goffman E. Estigma: la identidad deteriorada. 1o ed. 10o reimp. Buenos Aires: Amorrortu; 2006. 1980

19. Flores H I. Identidad cultural y el sentimiento de pertenencia a un espacio social: una discusion teorica. Editorial: Universidad Varacuzana, 2005. [Consultado el 2 de junio de 2018]

20. Cristina Cravino M. Las villas de la ciudad: mercado e informalidad urbana. Ed. UNGS. Los Polvorines. 2006.

Premio de Honor "Salvador Mazza" compartido 2017

Crece desde el pie: La experiencia de un modelo de gestión centrado en el territorio y sus equipos.

Grow from the skin: the experience of a management model centered on the territory and its teams.

Analía Cáceres[1]; Julia Medina[2], Sebastián Ameigeiras[3]

1)Médica generalista e instructora de residentes de Medicina General de Unidad Sanitaria Molina Campos en Cuartel V, Moreno anafcaceres@gmail.com

2)Trabajadora social y Coordinadora sanitaria de Cuartel V, Moreno.

3)Médico generalista y Director de programas de la Secretaría de Salud de Moreno.

⇉ *Ver trabajo completo*

Resumen: Este trabajo pretende dar cuenta del proceso de gestión llevado adelante en la zona sanitaria Cuartel V del Partido de Moreno, en el período 2016 – 2017.

La coordinación zonal se propone:

Desarrollar un modelo de gestión local centrado en la dinámica del territorio, la subjetividad de los trabajadores y la construcción de equipos de salud.

El proceso se inicia en 2016, en dicho momento se realiza la primera aproximación diagnóstica, en conjunto con el Consejo de Organizaciones local.

En diciembre de 2016, se realiza el I Encuentro de Equipos y Territorios de Cuartel V, en él participan los equipos de salud, los equipos descentralizados de Desarrollo Social y Niñez y representantes de más de 10 organizaciones sociales. Allí se evaluó el trabajo realizado y delinearon los principales ejes para el 2017.

El proceso ha permitido nuevas producciones: de valores de uso, como la incorporación de las postas de salud, las jornadas de atención, los encuentros con referentes, las planificaciones conjuntas y, también, de producciones subjetivas en lxs trabajadrxs, en otras formas de reconocerse como cuidadorxs de ese territorio y población.

La experiencia que presentamos se encuentra enmarcada en el recorrido llevado adelante desde el sector salud en un territorio de escala local *¿Puede profundizarse sin trascender los límites de lo sectorial y local? ¿Podemos pensar en un trabajo intersectorial e integral, para dar cuenta de los problemas del territorio, si no existe una política pública de escala municipal que nos brinde el encuadre y los recursos necesarios para hacerlo?*

Palabras Claves: *Atención Primaria de la Salud – Territorio – Equipos de Salud – Gestión en salud – Subjetividades.*

Abstract: This work intends to give an account of the management process carried out in the Cuartel V health zone of the Partido de Moreno, in the 2016 - 2017 period.

Zonal coordination is proposed:

Develop a local management model focused on the dynamics of the territory, the subjectivity of workers and the construction of health teams.

The process begins in 2016, at which time the first diagnostic approach is carried out, in conjunction with the local Council of Organizations.

In December 2016, the First Meeting of Teams and Territories of Barracks V is held, in which health teams, decentralized teams of Social Development and Children and representatives of more than 10 social organizations participate. There, the work carried out was evaluated and the main axes were outlined for 2017.

The process has allowed new productions: of use values, such as the incorporation of health posts, care sessions, meetings with referents, joint planning and, also, of subjective productions in workers, in other ways of recognizing as caretakers of that territory and population.

The experience we present is framed in the journey taken from the health sector in a territory of local scale. Can it be deepened without transcending the boundaries of the sector and local? Can we think of an intersectoral and integral work, to account for the problems of the territory, if there is no public policy of municipal scale that gives us the framing and the resources necessary to do so?

Keywords: *Primary Health Care - Territory - Health Teams - Health management - Subjectivities.*

Imágenes artísticas Mercedes Schamber

INTRODUCCIÓN

El presente relato de experiencia pretende dar cuenta del proceso de gestión llevado adelante en la zona sanitaria Cuartel V del Partido de Moreno, en el período 2016 – 2017.

Consideramos de importancia retomar ciertos aspectos de este proceso, entendiendo que el mismo presenta una lógica de gestión, enmarcada en la salud Colectiva, con el objetivo de reorientar los servicios de salud brindados por las Unidades Sanitarias de la zona, hacia un enfoque de APS con base territorial y comunitaria.

El proceso de gestión de la coordinación zonal se propone, entonces, como horizonte de intervención:

"Desarrollar un modelo de gestión local centrado en la dinámica del territorio, la subjetividad de los trabajadores y la construcción de equipos de salud."

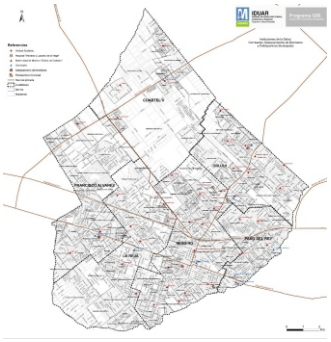
Este modelo de gestión parte de una lógica de intervención horizontal con tendencia a la intersectorialidad, lo cual implica:

- Construcción de procesos de trabajo centrados en las necesidades de la población.
- Implicación de los trabajadores como responsables primarios del cuidado de la salud de la Comunidad.
- Fortalecimiento de la comunidad a través de la problematización de la aplicación vertical de programas de salud

UBICACIÓN EN EL TIEMPO Y ESPACIO

Moreno es un partido de la Provincia de Buenos Aires ubicado al noroeste de la Capital Federal a 37 kilómetros de la misma. Forma parte del segundo cordón del conurbano bonaerense. Tiene una extensión de 186 km2, comparable a la superficie de la Ciudad de Buenos Aires. El 50% se caracteriza como zona urbana, el 23% como zona complementaria urbana y el 27% como zona rural. Según el Censo 2010, su población total es de 452.505 habitantes con una densidad poblacional de 2.513, 9 habitantes por kilómetro cuadrado.

El partido de Moreno cuenta con dos hospitales provinciales: Hospital Zonal General de Agudos Mariano y Luciano de la Vega y Maternidad Estela de Carlotto, una Unidad de Pronta Atención (UPA) y una red de 40 unidades sanitarias dependientes de la Secretaría Salud del Municipio.



La zona sanitaria de Cuartel V, se encuentra a aproximadamente 20 km. del centro del partido, cuenta con una población estimada en 110000 habitantes, de acuerdo a los datos provenientes del Censo 2010 y a la estimación realizada por el IDUAR (Instituto de Desarrollo Urbano, Ambiental y Regional) sobre la población ubicada en los asentamientos de la zona.

Cuartel V cuenta con 5 efectores de salud dentro de su área de cobertura: unidad sanitaria (US) Anderson, US Molina Campos, US Parque del Oeste, US La Esperanza y una UPA; las primeras de dependencia municipal, mientras que la última es de dependencia provincial y constituye un centro de referencia y derivación del primer nivel de atención.

El Área Programática de la US Anderson se encuentra conformada por 8 barrios: Anderson, Máximo, Alem, José C. Paz, Namuncurá, Milenio, 6 de enero, Asentamiento San Francisco. Población Estimada: 20000 habitantes en los barrios urbanizados, no se cuenta con información actualizada de los Barrios Milenio, San Francisco y 6 de Enero. Cuenta con la atención de guardia de adultos 24 horas.

El Área Programática de la US Molina Campos abarca barrios históricos y nuevos asentamientos, dentro de los primeros se encuentran: San Norberto (loteo), Sancho, Irigoin, Mayor del Pino y San Alberto. Dentro de los asentamientos nuevos, llamado en su conjunto Barrio Los Hornos, encontramos 17 barrios (Los Carreritos, Luján, San Cayetano, 8 de Diciembre, 5 de enero, 3 de febrero, 23 de diciembre, Los Cedros, 18 de julio, Los hornos – relocalización 1 y 2- El Progreso, La Unión, 6 manzanas, Portugal, San Francisco, San Alberto). Población estimada: Barrios Históricos: 20811, Asentamientos Los Hornos: 40000 habitantes aproximadamente. Por su magnitud y complejidad socio sanitaria, es la zona de mayor vulnerabilidad, priorizada desde la coordinación sanitaria. La US Molina Campos es sede de la Residencia de Medicina General de la Provincia de Buenos Aires, en convenio con el Municipio de Moreno.

El Área Programática de la US Parque del Oeste se encuentra conformada por 4 barrios: Ayelén (22 manzanas), Parque del Oeste (61 manzanas), El vergel (25 manzanas – área rural), y una parte de El Ensueño (14 manzanas). Población Estimada: 6322 habitantes

El Área Programática de la US La Esperanza se encuentra conformada por 5 barrios: La Esperanza, Los Molinos, El Quijote, Aguaribay y una parte de El Ensueño. Población Estimada: 6961 habitantes

ENCUADRE INSTITUCIONAL

Con la propuesta de descentralización de la salud pública impulsada por la secretaria de salud de Moreno en los meses de Enero y Febrero de 2016, al tiempo que se conforma el espacio de la Coordinadora de gestión de Salud Pública zonal, comienza un proceso de problematización/discusión acerca de los Centros de Salud que integran la Zona Sanitaria Cuartel V, los equipos, el territorio, el modelo de atención y la participación popular en salud.

La coordinación sanitaria se conformó de la siguiente forma: un coordinador zonal de salud pública, una coordinadora de unidades sanitarias y referentes de los programas Sumar, Salud del adulto, Promoción Territorial, Salud Mental y referente de Enfermería.

En este marco se mantienen las primeras reuniones con el Consejo de Organizaciones de la zona, con el objetivo de compartir miradas sobre las principales problemáticas, aportar al proceso de construcción del Análisis de Situación de Salud de las comunidades de la zona, e intentar construir agenda según prioridades consensuadas, para el trabajo territorial de los equipos de salud de los Centros de Atención Primaria de la salud de la zona: Anderson, Molina Campos, Parque del Oeste y La Esperanza.

MARCO TEÓRICO

Es el propósito de este apartado, explicitar la perspectiva bajo la cual se interpretan y articulan los conceptos principales de este relato de experiencia. Vale recordar, que este trabajo buscar recuperar los esfuerzos colectivos orientados a repensar, recrear y transformar el proceso de trabajo en salud, a partir de la lectura de los problemas del territorio (1). Por lo antedicho y en pos de respetar la intencionalidad del título de este relato de experiencia; se desarrollarán y vincularán los conceptos a partir del microespacio local.

Si bien, reconocemos que espacio y territorio son objetos de estudio más que conceptos; es menester intentar una aproximación teórica que deje en claro al lector el enfoque adoptado en este relato. David Harvey plantea que el concepto de espacio puede ser interpretado en forma absoluta y/o relativa. En el primer caso, se hace referencia a la existencia del espacio en sí mismo; poseedor de una estructura independiente del resto. La idea de espacio relativo, apela a entenderlo como la una relación

entre objetos. El autor reconfigura esta noción de espacio relativo y propone la de espacio relacional; interpretación bajo la cual la configuración del espacio está dada por la naturaleza de las relaciones sociales que contiene (2). Es decir, el espacio conformado por y continente de relaciones de fuerza, es a la vez productor y producto de estas relaciones. En términos de Milton Santos, el espacio se define por un conjunto de formas, que representan las relaciones sociales del pasado y del presente; y por una estructura, representada por las relaciones sociales que suceden "ante nuestros ojos", como funciones y procesos (3). En resumen, siguiendo a Santos, entendemos el territorio como hecho y como reflejo social.

En este orden de ideas, los problemas que se expresan en los territorios son de naturaleza social e híbrida. El esfuerzo por aginarle algún rótulo (problemas de salud, educación, económicos, ambientales) responde a la necesidad de hacerlos plausibles de ser internalizados por la racionalidad profesional (1). Esta lectura parcializada, coincide con la noción sectorial de política social; óptica bajo la cual las políticas sociales se definen como todo aquello que orienta el alcance de determinados logros en ciertos sectores (por ejemplo, salud, educación, economía) (4). Si bien, esta definición al delimitar sectores de la realidad concreta, supera las definiciones finalisticas; olvida que la especificación por sectores es una interpretación del espacio social y no el espacio social. Es así como no reconoce la complejidad e intersectorialidad de los problemas sociales.

La inserción en el territorio de las políticas sectoriales son los programas; y por ende, son los elementos que encastran la lectura fragmentada de los problemas con la definición sectorial de política social (1). Mario Testa define un programa como "el ordenamiento de recursos que tienen un destino específico, con un objetivo prefijado y bajo una conducción normativa única" (5 p.74). Las dificultades mencionadas para las políticas sectoriales podemos mencionarlas para el caso de los programas.

Como se dijo anteriormente, la racionalidad profesional coincide de manera armónica con la lógica programática y la definición sectorial de políticas social. No obstante, el trabajador de salud en el territorio (profesional y no profesional) se enfrenta en forma cotidiana a un quiebre: los problemas que tiene que abordar en el territorio no encajan en ningún programa. Esto es porque las condiciones del programa son la precisión, rigidez y la certidumbre; mientras que la del territorio son el caos, el movimiento y la incertidumbre. Este quiebre en la praxis y de la praxis con las estructuras mentales, es vivenciado por los trabajadores como fracaso y frustración. El círculo de desgaste del trabajador se cierra si consideramos que la lógica normativa antes descripta, concibe al trabajador como objeto pasivo, mero ejecutor de ideas creativas que otros piensan (1).

En este relato de experiencia se concibe al trabajador de la salud, profesional y no profesional, como potencial microgestor de su espacio local. En forma complementaria, se reconoce que el trabajo en salud tiene la capacidad potencial de favorecer la realización de los trabajadores como sujetos; al ampliar los grados de libertad y autonomía, desplegar y favorecer las capacidades creativas de los trabajadores (6). En resumen, adherimos a la perspectiva bajo la cual el poder o la dominación son nunca son absolutas; así como tampoco la autonomía y la libertad. En consecuencia, apostamos a transfórmanos en experiencias de co-gestión, en las cuales la producción responsable de valores de uso realiza y reconfigura los deseos de los sujetos trabajadores (7).

METODOLOGÍA

El proceso de gestión se inicia en febrero de 2016, en dicho momento se realiza el proceso de análisis/ explicación situacional, en conjunto con el Consejo de Organizaciones local, a partir de allí se construyen los horizontes de intervención propuestos y los siguientes problemas:

Problema 1- Modelo de Atención de los Equipos de salud del 1er nivel de atención de la zona Sanitaria Cuartel V, centrado en el abordaje individual/asistencial de los problemas en salud, con escasa vinculación y reconocimiento territorial /actores/escenarios// de los equipos, y exclusión de las organizaciones de base/sociales/políticas de la zona, en las instancias de planificación, implementación y monitoreo de acciones sanitarias.

Problema 2 - Dificultades en la accesibilidad a la atención sanitaria integral de las familias de la zona Sanitaria Cuartel V, percibidas por la comunidad y por la Coordinación Sanitaria Zonal.

Problema 3 - Falta de estructuración/consolidación de los equipos de Salud que integran la Zona Sanitaria.

En diciembre de 2016, se lleva adelante el I Encuentro de Equipos y Territorios de Cuartel V, en él participan los equipos de las 4 Unidades Sanitarias, los equipos descentralizados de Desarrollo Social y Niñez, representantes de más de 10 organizaciones sociales, algunas presentes en el Consejo de Organizaciones y otras que no participan de dicho espacio. El objetivo del Encuentro era evaluar el trabajo realizado y delinear los principales ejes para el año siguiente.

Sobre la base de las conclusiones de dicho encuentro entre enero y febrero de 2017, el equipo de la coordinación lleva adelante un proceso de evaluación y planificación, en donde, dando continuidad a los horizontes y la lógica de intervención propuestas, se propone profundizar y hacer foco sobre tres aspectos de los problemas identificados:

Problema 1 - Dificultades en la Comunicación y Articulación entre las Unidades Sanitarias y las Organizaciones territoriales, percibidas por los equipos de salud y los/as referentes comunitarias.

Problema 2 - Inadecuado seguimiento de procesos de promoción de salud, prevención de enfermedades y atención de problemas de salud priorizados: salud infantil, salud del adulto/a, salud sexual, embarazo y tuberculosis.

Problema 3 - Escasa visualización de problemas de salud mental como la violencia de género y el consumo problemático de sustancias.

Es por lo antedicho que decidimos organizar este apartado de acuerdo con lo realizado en estos dos momentos del proceso: enero/diciembre 2016 y enero/agosto 2017.

PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN 2016/2017

Problemas (2016) *Ver tablas adjuntas N°1-2-3*

Problemas (2017) *Ver tablas adjuntas N°4-5-6*

MOMENTO EXPLICATIVO

Como se destacó en el horizonte de intervención, este relato hace referencia a una apuesta local: la producción de acciones en salud según el movimiento del territorio. La propuesta es que lxs trabajadorxs de salud nos incorporemos al ritmo y oscilaciones que el espacio social nos marca; jerarquizando los espacios colectivos como elementos indispensables de vigilancia epistemológica.

En el año y medio que esta experiencia se viene desarrollando, fueron muchas las ideas, propuestas y acciones realizadas y muchas no fueron coherentes con nuestro horizonte de intervención. Dar cuenta de todas ellas sería imposible. Es por esto por lo que, en este apartado, tomaremos algunas experiencias concretas llevadas adelante por lxs trabajadorxs de Cuartel V y las vincularemos con los conceptos desarrollados en el marco teórico. A fin de organizar la lectura, presentaremos fragmentos de 5 experiencias, anteponiendo a cada reseña una breve contextualización.

Experiencia I. De la asistencia al trabajo en equipo

Se presenta a continuación un extracto de la experiencia desarrollada por el equipo de salud de Unidad Sanitaria Anderson.

Planificación	Actividades realizadas	Actores
Participación de la Coordinación Sanitaria zonal, en la reunión del Consejo de organizaciones de Cuartel V. La actividad se realiza con Directores de Unidades Sanitarias, de la zona sanitaria, eventualmente, con los representantes de las 20 organizaciones que integran el Consejo.	*•Participación en los encuentros de la comisión de Salud del Consejo de Organizaciones, entre los meses de marzo y septiembre 2016* *• Planificación conjunta de la actividad "NO a la Violencia", en conmemoración al 25 de Noviembre, día de la No Violencia hacia las Mujeres.* *• Planificación conjunta de la Coordinación Sanitaria y el Consejo de Organizaciones del I Encuentro de Equipos y Territorio en diciembre 2016* *• Las redes de salud comunitaria o Consejos de Salud, surgen a partir de la necesidad de mejorar el vínculo de las Unidades Sanitarias con las organizaciones presentes en las diferentes áreas programáticas, a fin de promover estrategias colectivas, basadas en la participación popular para dar respuestas comunitarias a los problemas de salud que se identifican en los barrios.*	*Coordinación Sanitaria* *Consejo de Organizaciones – Cuartel V* *Equipos de Salud de las US Anderson, Molina Campos y Parque del Oeste* *Promotoras de Salud* *Coordinación de Secretaría de Desarrollo Social.* *Directoras de Unidades Sanitarias*
Reuniones bilaterales de análisis de problemáticas en salud y planificación de actividades con organizaciones/ clubes de barrio, que no integran el Consejo. La actividad se realiza con directores, promotoras de salud y referentes de organizaciones/ clubes de barrio	*• 7 Jornadas de Salud Infantil en Comedores Comunitarios, CDI y centros comunitarios. Estas jornadas implican desde los primeros acercamientos entre las US y las instituciones, hasta la planificación y ejecución conjunta de las actividades* *• 1 Jornada de Prevención de enfermedades en adultos mayores en organización de adultos* *• 1 Jornada de Salud Infantil y salud de la mujer en comedor comunitario* *• 2 Jornadas de RCP en Jardín 940 y Esc. 67, para padres, madres, docentes y niños/as.* *• Programa Radial "Tarde Catártica", se emite por FM La Posta, los días viernes a las 14 hs, abordando diferentes temas referidos a salud desde una perspectiva comunicacional que permite la difusión a los*	*Equipos de Salud de cada US.* *Organizaciones territoriales.* *Residencia de Medicina General – US Molina Campos.*
Introducción de la temática de reconocimiento territorial/mapeo/georreferencia y entrevistas a Referentes comunitarios, en las reuniones de equipo de los 4 CAPS de la zona sanitaria. La actividad se realiza con las Directoras de los CAPS, las Promotoras Comunitaria en salud y resto del Equipo.	*• Elaboración de mapas de áreas de referencias* *• Entrevistas a instituciones del área programáticas* *• Planificación de actividades en conjunto*	*Promotoras de Salud* *Directoras de Unidades Sanitarias*
Realización/ organización de Curso de Formación de Promotoras Comunitarias en Salud, conformando una coordinación pedagógica del curso con integrantes de las organizaciones, y convocando a la inscripción a referentes de cooperativas, integrantes de organizaciones de la zona, manzaneras, comadres y vecinos en general. La actividad se realiza con integrantes de la Coordinación Sanitaria Zonal, referentes de organizaciones, programa de Salud comunitaria de la Secretaria de Salud, Área de Capacitación de la Secretaria de Salud	*• En el período abril – diciembre 2016 se consolidó en Cuartel V un espacio de formación de promotoras comunitarias en salud orientado a cooperativistas del Programa "Argentina Trabaja", mujeres incluidas en el Programa "Ellas Hacen", manzaneras y comadres.* *• 23 Egresadas – 20 continúan con actividad en las Unidades Sanitarias* *• Relevamiento y Planificación y articulación con organizaciones comunitarias.* *• Participación en Postas Sanitarias Milenio, Vergel y Los Hornos* *• Participación en dispositivos de Atención de Salud Infantil tanto dentro de la US como en organizaciones y Jardines Comunitarios* *• Participación en dispositivos de atención a pacientes adultos con Enfermedades Crónicos no transmisibles (HTA, DBT, EPOC)* *• Participación y sostenimiento de Redes de Salud Comunitarias en US Anderson y US Molina Campos.* *• Organización de Jornada del día del Niño con Instituciones del área programática en US Parque del Oeste.* *• Participación en la Jornada del día de la No Violencia hacia la Mujer organizada desde los equipos de salud junto a Consejo de Organizaciones de Cuartel V.* *• Participación zonal en Encuentro Nacional de Salud, realizado en Universidad de Lanús.* *• PREVENCIÓN DE DENGUE. Noviembre 2016 / Febrero 2017*	*Coordinación Sanitaria* *Directoras de Unidades Sanitarias* *Equipos de Salud.* *Área de capacitación de la Secretaría de salud.* *Promoción territorial*

***Tabla N°1** - Problema 1 (2016)*

"Ante la situación de una joven embarazada, que padece una tuberculosis pulmonar con reiteradas interrupciones en el tratamiento y extremas dificultades socio económicas; así como una dinámica vincular familiar hostil; la estrategia se reconfiguró de la siguiente manera: concertar las acciones entre tres enfermeras, dos promotoras de salud y una médica generalista. Se realizó el acercamiento a la joven y su familia en su vivienda; se dejó abierto espacio de escucha/consulta espontaneo para ella y su familia. Se logró establecer un vínculo de confianza entre la joven y una de las enfermeras; completar la terapia farmacológica. Fue el desafío central, reflexionar con las trabajadoras las acciones cotidianas que culpabilizan a las personas."

Esta experiencia se propuso recuperar al equipo como agrupación colectiva orientada para la producción de cuidados en salud (6). Así como iniciar un camino desde la practica en el consultorio, hacia el trabajo en el territorio. Consideramos que se refleja en ella también, la problematización sobre los límites impuestos por la lógica programática y sectorial (1); al vivenciar el fracaso de los intentos de abordaje reduccionistas. La disputa entre distintas miradas (profesionales y no profesionales) fue conflictiva y no hubo posturas ganadoras. Sin embargo, sí se logró implicar, y comprometer a las trabajadoras; con el propósito de generar un proyecto terapéutico singular (7).

Experiencia II. Echando a andar la rueda: ensayo de una construcción colectiva de la salud en Los Hornos.

Este extracto remite a la experiencia desarrollada por múltiples actores vinculados con el área de influencia de la Unidad Sanitaria Molina Campos, de la cual Los Hornos constituye un conglomerado de asentamientos urbanos, en constante crecimiento y reconfiguración.

"Como puerta de entrada al barrio, se identificaron los actores claves que venían trabajando. En este caso, el Instituto urbano ambiental y

regional (IDUAR) quienes estaban realizando un trabajo cartográfico en la zona. Había un conocimiento previo de referentes que posibilitó se convocara a construir una asamblea de salud. Estas asambleas, se configuraron como espacios mensuales de organización colectiva; en donde se logró definir una agenda de problemas; tomar decisiones y acciones en conjunto. Como logros se pudo diseñar un circuito vial para el acceso de las ambulancias ante las urgencias, se realizaron capacitaciones en temas de salud priorizados por los vecinos y se conformó una posta de salud semanal en uno de los centros comunitarios. Constituye un desafío constante, el mantenimiento activo y productivo de los encuentros con referentes barriales, sin imponer problemas a partir de las soluciones posibles."

En esta experiencia, el equipo se incorporó a un movimiento que se venía gestando, sin imponer agendas predefinidas. Fue este, un accionar más cercano a una apuesta que comprende el territorio como un escenario de incertidumbres, que una ejecución de pasos planificados con antelación. Se destaca el proceso cartográfico iniciado con anterioridad, como indispensable en la articulación

Planificación	Actividades realizadas	Actores participantes
Operativos Sanitarios con el Portal Saludable del Municipio, con el que se realizan actividades de vacunación, firma de libretas sanitarias, control de glucemia, Test rápido de VIH, consejería en prevención de violencia de género, atención de adultos y niños en zonas distantes de los centros de Salud. La actividad se realiza con el equipo de Enfermería de nivel Central, médicos de la zona Sanitaria, insumos del Portal, organizaciones territoriales.	*• Participación en los Operativos "El Estado en tu barrio" con el portal saludable, en la firma de libretas de Anses, Vacunación y talleres de prevención de dengue.* *Plaza José C. Paz – US Anderson* *Plaza Mayor del Pino – US Molina Campos* *Plaza La Esperanza – US La Esperanza* *• Portal Saludable Plaza Anderson. Mayo 2016. Controles de salud de niños, firma de libretas de Anses , vacunación, PAP* *• Portal Saludable Barrio La Esperanza* *• Portal Saludable Barrio Los Hornos. Diciembre 2016.*	*Equipos de Unidades Sanitarias* *Programa de Promoción Territorial* *Secretaria de Desarrollo Social* *Subsecretaria de Niñez*
Creación/ trabajo en 3 nuevas Postas Sanitarias, fijas, que funcionan 1 vez por semana en 3 espacios priorizados por el Consejo de Organizaciones, la Coordinación Sanitaria Zonal, las Directoras de CAPS, La Residencia de Medicina General y la Secretaria de Salud. La actividad se realiza con un equipo en cada posta conformado por parte del equipo del CAPS más cercano, la Residencia de Medicina General, Promotoras Comunitarias de Salud y referentes comunitarios	***Posta Sanitaria Milenio*** *Inicio: Julio 2016* *Lugar: Comedor Santa Rita, Barrio Milenio* *Acciones/Prestaciones/Servicios* *Atención de Niños/as: una vez por mes, controles de salud* *Atención de mujeres: una vez por mes, realización de PAP* *Talleres en sala de espera sobre cuidados en la niñez y métodos anticonceptivos, en simultáneo a la atención de consultorio* *Consejería y entrega de métodos anticonceptivos* *Vacunación: Niños/as vacunados* *Jornadas de atención a adolescentes* *Realización de entrevistas, utilizando el instrumento de la HCF* *Análisis de equipo de las situaciones atendidas, elaboración de estrategias familiares.* *Visitas domiciliarias* *Gestiones de turnos* *Articulaciones con diferentes áreas municipales*	***Equipo:** 2 Residentes de MG (3º y 1º año), 1 enfermera de US Anderson, 3 Promotoras de Salud y referentes comunitaria del Comedor Santa Rita, una TS del equipo de Desarrollo Social.*
	Posta Sanitaria Los Hornos *Inicio: mediados de agosto de 2016.* *Si bien la posta se propone una vez por semana, los días jueves de 9 a 16 hs., los días de lluvia no se puede acceder a los barrios.* *Lugar: Asentamiento "Los Hornos", se realizaron actividades en diferentes barrios, realizando la asistencia principalmente en Comedor Pachamama y Comedor Los Horneritos.* *Acciones/Prestaciones/Servicios* *Visitas domiciliarias en asentamientos. Bº Extensión 6 Manzanas – Realización de entrevistas con instrumento de HCF* *Talleres realizados de nutrición, obstetricia, odontología y dengue.* *Controles de Salud a Niños/as – Controles de Salud a Adultos/as – Realización de PAP* *Vacunas*	***Equipo:** 1 MG, 1 Jefa de Residentes de MG, 1 Directora de US (MG), 4 Promotoras de Salud, 2 Administrativas*
	Posta Sanitaria Vergel *Inicio: Mayo 2016* *Lugar: Posta Vergel/ Sede CET Sedronar* *Acciones/Prestaciones/Servicios:* *Reunión de equipo (sumando distintos actores, desarrollo social, servicio local, previ, referentes instituciones). Se realizaron capacitaciones hacia el interior del equipo: salud sexual y salud reproductiva, violencias/genero,* *Salida a territorio para nominalización de familias: el instrumento utilizado es la historia clínica familiar.* *Vacunación casa por casa* *Controles de salud de niños* *Se realizaron diferentes talleres en sala de espera (salud infantil, IRAB, dengue). Taller "charlemos sobre el buen trato en las relaciones" con el objetivo de abordar la temática de violencia en las relaciones/noviazgos; el mismo se realiza previo a la atención los días de controles de salud de niños.* *Atención de la mujer: turnos programados para consultas, toma de pap. Talleres sobre métodos anticonceptivos.*	***Equipo:** 2 Residentes de MG (3º y 1º año), 1 enfermera de US Parque del Oeste, 2 Promotoras de Salud y referentes del equipo de CET/ Sedronar*

***Tabla N°2** - Problema 2 (2016)*

espacio geográfico y espacio social. Es desde ahí que se habilita la conformación de las asambleas de salud; en donde se pudo abordar en forma creativa y participativa un problema de accesibilidad geográfica a servicios de emergencia.

Planificación	Actividades realizadas	Actores participantes
Cambio de Directoras en equipos con perfil comunitario y formación en Gestión.	• Cambio en las direcciones de las 4 unidades sanitarias de la zona • Elaboración de líneas estratégicas de trabajo	Directoras de los CAPS e integrantes de la Coordinación Sanitaria
Acompañamiento/Construcción del rol a las Directoras en la planificación de las reuniones de equipo.	• Reuniones mensuales de directoras • Acompañamiento en la elaboración de balances 2016 • Acompañamiento en la conformación de los equipos de las postas de salud	Directoras de los CAPS e integrantes de la Coordinación Sanitaria

***Tabla N°3** - Problema 3 (2016)*

Experiencia III. De la asistencia…a la reconstrucción del vínculo

El extracto que se presenta a continuación pertenece a la experiencia de reconstitución de una posta de salud, ubicada en el barrio El Vergel; área de influencia de la unidad sanitaria Parque del Oeste.

"La posta de salud El Vergel, ubicada en el barrio del mismo nombre, se reactivó en 2016; ya que, al abrirse una unidad sanitaria en el área programática del barrio, la posta dejó de funcionar. Esta decisión trajo aparejado el rechazo del barrio y la ruptura con los trabajadores de salud de la zona; ya que la posta fue espacio impulsado, construido y sostenido por la comunidad de El Vergel. El trabajo en la posta se despliega entre los trabajadores de la Unidad Sanitaria Parque del Oeste (administrativas, promotoras, médicxs y enfermeras), residentes de medicina general de la unidad sanitaria Molina Campos y el equipo de la SEDRONAR. De a poco, se reconstruye el vínculo con los trabajadores y el espacio de referencia; a la vez que se construye un equipo interdisciplinario para el abordaje de las

Planificación	Actividades realizadas	Actores participantes
Continuidad y reformulación de Postas de Salud: Co gestión entre US, Referentes Comunitarios y Descentralización de Desarrollo Social.	• Jornadas semanales de salud infantil, del adulto y de la mujer • Jornadas semanales de vacunación • Reuniones de equipo mensuales • Realización de proyectos anuales particularizados por postas de salud de acuerdo con la experiencia previa (consumo problemático y violencia; salud integral de adolescentes y aproximación a la totalidad de los barrios que conforman el asentamiento los hornos)	Equipos de Postas de salud: US, Desarrollo Social, DIAT (Sedronar), Referentes comunitarias, residencia de MG
Articulaciones bilaterales entre Unidades Sanitarias y organizaciones/ instituciones territoriales.	• 7 jornadas programadas y realizadas en conjunto con organizaciones del territorio	Equipos de salud US Referentes de organizaciones Referentes territoriales
Integración de Promotoras	• Inclusión en equipo de referentes de salud sexual zonal • Mapeo y búsqueda activa de niños/as en temporada de IRAB • Inclusión de promotoras en formación • Rincón de lectura semanal	Coordinación Sanitaria Directoras de Unidades Sanitarias Programa de Promoción Territorial Equipo de Salud Unidad Sanitaria Molina Campos.
Participación en Consejo de organizaciones/ Consejos de Salud por Área Programática.	• Encuentro mensual de referentes del barrio Los Hornos • Encuentro mensual con organizaciones del territorio y estudiantes de trabajo social • Primera aproximación a la conformación del consejo en US Parque del Oeste	Directoras y equipos de salud de las Unidades Sanitarias Coordinación Desarrollo Social IDUAR
Capacitaciones Integradas entre Unidades Sanitarias y organizaciones sociales	• 4 encuentros de capacitación en emergencias destinada a referentes del barrio Los Hornos • Inicio de encuentros de capacitación en cuidados de la salud de los niños destinada a referentes del barrio Los Hornos	Equipo Posta Los Hormos Programa de Promoción Territorial

***Tabla N°4** - Problema 1 (2017)*

situaciones."

En esta reseña, se deja entrever que el no considerar los intereses puestos en juego por conservar un espacio histórico construido socialmente y no haber visualizado la posta de salud como un hecho social; trajo aparejado la ruptura del vínculo de confianza construido con los trabajadores de la salud. Si bien, el territorio logró imponerse y traccionar para la reconstrucción del espacio que había sido ganado; fue necesario que el equipo de salud se pensara en un rol, fuera de lo asistencial, que les permitiera volver a tejer en ese territorio, construyendo vínculos.

Experiencia IV. Posta de salud El Milenio

El siguiente fragmento remite a la organización colectiva que tuvo lugar en el barrio El Milenio, área de influencia de la Unidad Sanitaria Anderson; con el propósito de abordar algunos problemas identificado por organizaciones del barrio y trabajadorxs de salud.

"La idea inicial era acercarse a la comunidad, poder visualizar desde su punto de vista los distintos problemas de salud según su interpretación. En junio de 2016 comenzaron los encuentros semanales entre promotores de salud, médicos de la Unidad Sanitaria Anderson, residentes de medicina general de la Unidad Sanitaria Molina Campos, representantes de la Coordinación zonal y referentes del barrio El Milenio. El relato de los referentes del barrio identificó como problemas: la presencia de niños sin controles de salud, casos de violencia familiar, de consumo problemático de sustancias y de discapacidad. También remarcaron que gran parte de la población eran adolescentes y jóvenes que comenzaron a formar sus familias. Por lo antedicho, se acordó priorizar acciones orientadas a adolescentes, jóvenes y personas con discapacidad."

Planificación	Actividades realizadas	Actores participantes
Armado de equipos de referencia en cada Unidad Sanitaria. (Administración, profesionales, enfermería y promotoras)	• Conformación de equipos de salud sexual y reproductiva por sala • Inicio de conformación de equipos de salud del adulto	Trabajadorxs profesionales y no profesionales de cada sala Directoras de unidades sanitarias
Armado de equipos de referencia zonal (Administración, profesionales, enfermería y promotoras)	• Conformación de equipo zonal de referentes, profesionales y no profesionales, en salud sexual	Trabajadorxs profesionales y no profesionales de las 4 unidades sanitarias

***Tabla N°5** - Problema 2 (2017)*

Este fragmento, apunta a mostrar un proceso de gestación colectiva inicial y co-gestión actual entre trabajadoras profesionales y no profesionales, de distintos centros de salud y trabajadoras de las organizaciones del barrio El Milenio. El extracto da cuenta, que el propósito original de las trabajadoras del equipo de salud era conocer el punto de vista que diferentes actores del barrio El Milenio, sobre temas de salud. Es decir, no hubo definiciones previas sobre el dispositivo a conformar ni las acciones a realizar; sino que fue (es) a partir de la organización de diferentes actores que se acordó la modalidad de trabajo.

Planificación	Actividades realizadas	Actores participantes
Organización de encuentros de capacitación sobre Violencias, convocando a PREVI, políticas de	• Proyecto salud-educación de conformación de replicadores juveniles en salud sexual y reproductiva	Dirección US Molina Campos Dirección US Parque del Oeste Programa de Prevención de la
Organización de Encuentros de Capacitación sobre Consumo Problemático, convocando a SEDRONAR: CET y CEPLA.	*(*) No se ha realizado actividad de manera zonal, pero SEDRONAR brindó capacitación para lxs trabajadorxs de la Secretaría de Salud de forma centralizada*	Trabajadorxs profesionales y no profesionales de las 4 unidades sanitarias
Articulación Intersectorial Salud/Educación/Organizaciones	• Proyecto salud-educación de conformación de replicadores juveniles en salud sexual y reproductiva	

***Tabla N°6** - Problema 3 (2017)*

Experiencia V. Posta Aguaribay: un acercamiento a la comunidad

La siguiente reseña remite a la reflexión hecha por los trabajadores sobre una posta de salud que lleva diez años de funcionamiento en el barrio Aguaribay, área de influencia de la Unidad Sanitaria La Esperanza.

"La instalación de la posta ha permitido descentralizar la atención en aquellos barrios más alejados; brindando mayor accesibilidad a la salud. Es una posta que nace desde la comunión del barrio y el centro de salud, siendo un lugar de referencia para los vecinos.

Tanto el espacio físico donde se desarrolla, como los servicios que posee por (por ejemplo, luz y agua) han sido posibles gracias a la comisión de vecinos que con los años han podido ir aportando para que el barrio pueda nutrirse de estos servicios de salud. Se ofrece atención de enfermería, control de niños, llenado de libretas de ANSES, vacunación, entrega de métodos anticonceptivos. Una vez por semana concurre la obstétrica y junto con enfermería realizan control de embarazadas y puérperas; articulando con ginecología la elección del método anticonceptivo. Cada quince días, hay atención de Servicio Social y ginecología. No obstante, es un desafío actual retomar los encuentros de planificación con los vecinos y propiciar más espacios de promoción en el territorio."

Consideramos que este extracto refleja la tendencia, antes mencionada, a recaer en un modelo biomédico de atención a los padecimientos. En esta situación, un espacio construido y sostenido por los vecinos alcanza un punto de desarrollo asistencial similar al de un centro de salud. Esto es, sin duda, una conquista. Ahora bien, la reflexión final nos hace notar que en ese proceso de acumulación y consolidación del espacio, se perdió el proceso de gestión colectiva desde el cual se había partido. Proceso sin el cual,

se dificulta poner en tensión el modelo de atención dominante.

En este apartado, se ha trabajado una reseña por cada área programática de las unidades sanitarias que conforman la zona de Cuartel V. Consideramos que la presencia de una coordinación de salud, con los respectivos dispositivos de trabajo: reuniones de directoras zonales, acompañamiento en las reuniones de equipos de postas y unidades sanitarias, elaboración de documentos de referencia; generó el encuadre y las líneas transversales, guía de un proyecto común, lo cual lo fortalece en su dimensión operativa y favorece los sentidos de pertenencia, colaboración, cooperación, comunicación y aprendizajes propios para el desarrollo de una tarea en equipo.

MOMENTO SÍNTESIS

Plantear un horizonte de intervención que implique: **"Desarrollar un modelo de gestión local centrado en la dinámica del territorio, la subjetividad de los trabajadores y la construcción de equipos de salud."** ¿Es una utopía? ¿Nos sirve? ¿es productivo? ¿produce salud el solo hecho de caminar?

En el recorrido llevado adelante en estos meses hemos observado que a partir de las propuestas de las Postas de Salud y de la inclusión de las Promotoras de salud, se ha logrado tensionar el modelo asistencial hegemónico en las unidades sanitarias de referencia. Las postas de salud, a partir de la incorporación de la mirada y el accionar de las referentes comunitarias y las organizaciones nos permiten profundizar en demandas y, principalmente, en historias, nos permiten aproximarnos a la llamada complejidad del primer nivel de atención, centrada en la problematización de la sectorialización de problemas que encarnados en sujetos se encuentran integrados e interrelacionados. De esta manera, tensiona también el campo del saber y del saber hacer "ahí" en la situación y el territorio concreto. Las Postas implican, nos implican, en una tarea de conocer y re conocer al otrx, al territorio, sus problemas, sus relaciones, como quien precede y preside nuestra acción en el campo de la salud. No hay planificación posible por fuera de él y de sus actores.

En este sentido, Mario Rovere, ha dicho en más de una oportunidad que en las problemáticas del territorio salud no es anfitrión, sino invitado. La inclusión de los equipos de Desarrollo Social y Niñez en las Postas, implica un tibio intento a trascender en primera instancia las respuestas sectoriales hacia un posible abordaje intersectorial, de pretensión integral.

Hasta aquí, caminar, nos permitió nuevas producciones: de valores de uso, como las jornadas de atención, los encuentros con referentes, las planificaciones conjuntas y, también, de producciones subjetivas en lxs trabajadrxs, en otras formas de reconocerse como cuidadorxs de ese territorio y población.

Pero también el tibio intento de la intersectorialidad planta en nosotrxs la inquietud sobre la transformación de nuestro horizonte en utopía…

La experiencia que presentamos se encuentra enmarcada en el recorrido llevado adelante desde el sector salud en un territorio de escala local ¿Puede profundizarse sin trascender los límites de lo sectorial y local? ¿Podemos pensar en un trabajo intersectorial e integral, para dar cuenta de los problemas del territorio, si no existe una política pública de escala municipal que nos brinde el encuadre y los recursos necesarios para hacerlo? Cuando hablamos de la integralidad del sujeto, ¿Podemos hacerlo sin contemplar sus condiciones objetivas de existencia? ¿Podemos pensarlas sin trabajar con desarrollo social, el instituto municipal de desarrollo de la economía social, el instituto de desarrollo urbano, ambiental y regional? ¿Alcanza con que convoquemos a estos actores desde el ámbito local, si luego desde las dependencias propias de cada área se realizan nuevas y distintas demandas? Cuando hablamos de accesibilidad, ¿Podemos pensarlo sin convocar a obras públicas, a seguridad? Podríamos continuar peguntándonos sobre cada una de nuestras acciones para decir simplemente, que un abordaje integral del territorio sólo es posible en la medida de que se formulen, orienten y ejecuten Políticas Públicas en tal sentido. Esto nos plantea un nuevo escenario, otros niveles de disputa, debate y acción.

De ninguna manera queremos decir que consideremos que nuestra tarea desde lo sectorial o desde la intersectorial a nivel local ha llegado a su techo, tenemos un campo de acciones aún para seguir profundizando y explorando:

Dimos cuenta de las tensiones generadas con las postas de salud, el desafío se encuentra en continuar llevando estos debates a las unidades sanitarias, en donde el modelo asistencial se encuentra mucho más arraigado. Atención integral, lógica del cuidado, responsabilización de los procesos de salud de la población.

Integrarnos a las propuestas llevadas adelante por otros sectores, pensando a salud en las planificaciones de otrxs.

En el contexto socio económico actual, en donde nuestro municipio se encuentra en emergencia económica ¿Cómo continuar el trabajo con organizaciones y referentes fortaleciendo la participación en salud, sin caer en la delegación de responsabilidades estatales en las organizaciones comunitarias?

Llegando al final de nuestro relato, la pregunta, no muy nueva que nos surge es:

¿Podemos transformar las utopías en horizontes creciendo desde el pie?

BIBLIOGRAFÍA

1. Spinelli H. Volver a pensar en salud: programas y territorios. Salud Colectiva [Internet]. 2016 [citado 10 de junio de 2017]; 12 (2): 149-171.

2. Harvey D. La naturaleza del espacio. En: Urbanismo y desigualdad social. España: Siglo Veintuno Editores; 1977.

3. Santos M. Una tentativa de definición del espacio. En: Por una geografía nueva. España: Espasa Universidad; 1990.

4. Fleury S. Políticas sociales y ciudadanía. Umbrales [Internet].2002 [citado 20 de agosto de 2017]; 1(11):189-218.

5.Testa M. Estrategias programáticas. En: Pensamiento estratégico y lógica de programación: el caso de salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2007.

6. Campos GW. Ejes de conformación del método para el análisis y la co-gestión de colectivos organizados para la producción. En: Métodos Paideia: análisis y co-gestión de colectivos. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.

7. Campos G. El Anti-Taylor: un método para gobernar instituciones de salud con la producción de libertad y compromiso. En: Gestión en salud, en defensa de la vida. 2a ed. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.

❁ **Premio de Honor "Débora Ferrandini" 2017**
❁ **Premio de Honor "Laureano Maradona" 2017**

"Juntas y desenchufadas: La experiencia de un grupo de mujeres luchando contra el Patriarcado"

"Together and unplugged: The experience of a group of women fighting against the Patriarchate"

María B. Carcedo, María J. Caro, Juliana Di Santo, Andrea Marrone, Gabriela Navarrete, Jimena Peralta, Leticia Romero, Johana Romero, Judith Romero

Resumen: El Barrio 12 de Julio es un asentamiento que se generó tras un proceso de toma de tierras de 5 años de antigüedad, ubicado en la zona noroeste de la ciudad de Córdoba. Constituimos al mismo como Espacio Poblacional de Cuidado (EPC) para abordar el Proceso Salud Enfermedad Atención Cuidado (PSEAC) desde nuestro rol de Residentes de Medicina Familiar y General del HNC.

Nos propusimos como objetivos problematizar el rol del patriarcado en la génesis de la opresión hacia la mujer y comenzar a transformar nuestras representaciones sociales de género en vías a la emancipación del sistema capitalista y patriarcal. Para lo cual nos propusimos como objetivo específico la vehiculización de un espacio de encuentro y sororidad entre mujeres.

Desarrollamos 31 encuentros modalidad taller teórico-vivenciales, entre Noviembre 2016 y Agosto 2017, durante 9 meses, donde participamos entre 4 y 10 mujeres, siendo el grupo heterogéneo, intercultural e intergeneracional, con mujeres entre 15 y 60 años.

Pudimos ver que un grupo de mujeres funciona como espacio de empoderamiento y de surgimiento y fortalecimiento de referentes barriales con fuerte presencia en las luchas y procesos organizativos que como barrio van transitando, que es un espacio de formación e intercambio de mujeres que estamos resistiendo, dispuestas a mejorar nuestras condiciones de vida y las de nuestras

Palabras clave: *Grupo de mujeres, Espacio poblacional de cuidado, Procesos salud-enfermedad-atención*

Abstract: The 12 de Julio neighborhood is a settlement that was generated after a 5-year-old land-taking process, located in the northwest area of the city of Córdoba. We constitute it as a Population Care Space (EPC) to address the Health Disease Attention Care Process (PSEAC) from our role as Residents of Family and General Medicine of the HNC.

We set out as objectives to problematize the role of patriarchy in the genesis of oppression towards women and begin to transform our social representations of gender on the way to the emancipation of the capitalist and patriarchal system. For which we set as a specific objective the vehiculization of a meeting space and sorority among women.

We developed 31 meetings theoretical and experiential workshop, between November 2016 and August 2017, for 9 months, where 4 to 10 women participated, being the heterogeneous, intercultural and intergenerational group, with women between 15 and 60 years.

We could see that a group of women works as a space for empowerment and emergence and strengthening of neighborhood referents with a strong presence in the struggles and organizational processes that as a neighborhood are going through, which is a space for training and exchange of women that we are resisting, willing to improve our living conditions and those of our families and neighborhoods, where we acquire knowledge and skills that drive us to make decisions that benefit us and have greater control over our lives, also contributing to collective processes, and living a process of change that It results in the empowerment of ourselves.

Keywords: *Patriarchy, Women's Group, Population care space, Health-disease-care-care process,*

1)Médica residente de tercer año de Medicina Familiar y General del Hospital Nacional de Clínicas, Universidad Nacional de Córdoba. Centro de Salud Municipal N° 67, barrio 16 de Noviembre, Ciudad de Córdoba.

2)Madre, médica residente de segundo año de Medicina Familiar y General del Hospital Nacional de Clínicas, Universidad Nacional de Córdoba. Centro de Salud Municipal N° 67, barrio 16 de Noviembre, Ciudad de Córdoba.

3)Médica residente de primer año de Medicina Familiar y General del Hospital Nacional de Clínicas, Universidad Nacional de Cordoba. Centro de Salud Municipal N° 67, barrio 16 de Noviembre, Ciudad de Córdoba. juianadisanto@hotmail.com

4)Trabajadora Social, docente de la residencia de Medicina Familiar y General del Hospital Nacional de Clínicas, Universidad Nacional de Córdoba, madre.

5)Ama de casa, madre, comerciante, vecina del Barrio 12 de Julio.

6)Ama de casa, madre, vecina del Barrio 12 de Julio.

7)Ama de casa, vecina del Barrio 12 de Julio

8)Estudiante de 5to año de la escuela secundaria I.P.E.M. N° 353 Efrain Urbano Bischoff, Barrio Cooperativa 2 de Mayo, vecina del Barrio 12 de Julio.

9)Estudiante de 6to año de la escuela secundaria I.P.E.M. N° 353 Efrain Urbano Bischoff, Barrio Cooperativa 2 de Mayo, ama de casa, vecina del Barrio 12 de Julio.

⇉ *Ver trabajo completo*

Imágenes artísticas
Mercedes Schamber

OBJETIVOS

Los **objetivos generales** de nuestra experiencia son:

- Problematizar el rol del patriarcado en la génesis de la opresión hacia la mujer.
- Comenzar a transformar nuestras representaciones sociales de género en vías a la emancipación del sistema capitalista y patriarcal.

Para ello nos proponemos como **objetivo específico** la vehiculización de un espacio de encuentro y sororidad en un barrio de la zona noroeste de la Ciudad de Córdoba en donde:

- Reflexionemos acerca del legado patriarcal y problematicemos nuestra situación en el barrio y en la sociedad y las relaciones de género predominantes.
- Fortalezcamos nuestro proceso de empoderamiento.
- Dimensionemos la lucha por nuestra propia emancipación ante las situaciones de opresión a las que nos vemos sometidas por nuestra condición de clase y género
- Reflexionemos sobre las relaciones de poder en el proceso salud enfermedad atención cuidado (PSEAC).
- Conozcamos y ejerzamos nuestros derechos como mujeres.
- Nos formemos en derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos en vías a ejercer nuestro derecho a decidir.
- Ejerzamos nuestra autonomía y autocuidado.
- Participemos de actividades y discusiones del barrio, percibiendo nuestro rol como mujeres en los procesos organizativos.
- Reflexionemos, problematicemos y descubramos las múltiples situaciones de violencias a las que nos enfrentamos (de parte del Estado, de nuestras parejas, etc.), diseñando herramientas para acompañarnos en estas situaciones.
- Y fortalezcamos nuestros vínculos.

CONTEXTUALIZACIÓN BARRIAL, HISTORIZACIÓN Y PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

El Barrio 12 de Julio es un asentamiento que se generó tras un proceso de toma de tierras de 5 años de antigüedad, ubicado en la zona noroeste de la ciudad de Córdoba.

Constituimos al mismo como Espacio Poblacional de Cuidado (EPC) para abordar el Proceso Salud Enfermedad Atención Cuidado (PSEAC)[1] desde nuestro rol de Residentes de Medicina Familiar y General del HNC.

Criterios de selección del Barrio 12 de Julio como EPC: por sus características de geolocalización , accesibilidad-exclusión y procesos protectores y deteriorantes, este territorio se caracteriza por ser uno de los más vulnerables del Área Programática del Centro de Salud Municipal N° 67 en donde desempeñábamos nuestras tareas asistenciales (Ver foto).

Este barrio se compone de once manzanas y dos anexos con aproximadamente 170 viviendas con un promedio de 7 personas residiendo en cada una. Las características de las viviendas varían desde casas de material hasta carpas construidas con lonas lo que conlleva un proceso deteriorante en materia de derechos habitacionales. Muchas son familias en extensión que se separaron de su familia nuclear residente en los barrios colindantes (Policial, Policial Anexo, Cerrito, Los Químicos, Mercantil, Villa Cornú Anexo, Argüello), y que por la accesibilidad económica de la alternativa decidieron comprar un lote y construir su casa en este terreno en lugar de pagar costosos alquileres en otros barrios. Algunas de las familias se identifican con el concepto de ¨nómades¨, cada una de esta trae historias personales de viajes, incluso de otros países de América Latina y provincias argentinas, con el fin de encontrar un lugar donde desarrollarse.

Las primeras casas fueron construidas hace más de 5 años, y hoy en día siguen asentándose familias en los terrenos que exceden los límites fijados por los vecinos para evitar los conflictos territoriales surgidos con la empresa inmobiliaria GAMA, quien desde los inicios ha impulsado repetidos intentos de desalojo reclamando las tierras para lotearlas, y con el Gobierno de la Provincia que ha sostenido una política de promoción del desarrollismo inmobiliario generando marginalización e invisibilización de la pobreza mediante programas de vivienda para relocalizar alejadamente asentamientos urbanos vulnerando el derecho a la vivienda de los vecinos y pasando por alto los procesos organizativos propios de esta población. Este desplazamiento es resultado de políticas históricas que impiden que este lugar sea punto de creación de historia y de construcción social. La reafirmación del lugar, la cultura, el arraigo, la identidad y el acceso al derecho a la Ciudadanía y a Urbanización son los conceptos básicos para el desarrollo del poder. Es por esto que es adrede que los ¨pobres¨ sean expulsados a la desterritorialización y forzados a procesos de toma de tierras autogestivos.

Están atravesados por una realidad desigual, vulnerabilidad e invisibilización como procesos deteriorantes, un ejemplo de esto es el subregistro de cantidad y densidad poblacional en últimos censos.

Según la información obtenida en un relevamiento que realizamos colectivamente como Residentes con participación de los vecinos y del Equipo del CS N°67 en el año 2016 y además por medio de la observación directa y crítica; trataremos de describir los Modos de Vida según la definición de Jaime Breilh "forma en la que en los barrios concretos desarrollan su reproducción social distintas clases sociales cruzadas por características y relaciones étnicas y por relaciones de poder de género"[2] , de los habitantes de nuestro EPC entendiendo que es importante conocerlos para comprender la salud de estos grupos.

En materia laboral, existe un importante porcentaje de trabajo informal y subempleo. Por otra parte, la mayor parte de los trabajadores/as formales se encuentran en condiciones de irregularidad laboral, representando el trabajo en negro el 68% lo que implica falta de aportes previsionales y de seguridad social, licencias, estabilidad. El 90% de la población relevada no cuenta con Obra Social viendo sistemáticamente vulnerados los derechos laborales. Asimismo notamos que se repite el patrón patriarcal de sostén económico del hogar. Existiendo una naturalización generalizada en cuanto al rol femenino y masculino, en la que la mujer queda relegada a las tareas del hogar y cuidado de los niños mientras el hombre sale a trabajar tomando el rol de proveedor de sustento económico.

En cuanto al acceso a los servicios,

Agua: es notable la proporción de viviendas con pico afuera de la instalación, representando el 55% de los relevados, lo que favorece al almacenamiento del agua en tanques de químicos o pintura.

Luz - Tendido Eléctrico: amplio acceso (100% de los relevados acceden) por medio de conexión clandestina. Estructura de cableado endeble y lábil, artesanal y lograda por autogestión

vecinal. Constantes bajas de tensión, particularmente en invierno ya que es el principal medio de calefacción, usado por el 81% de los relevados.

Transporte: a pie, colectivos de línea de la empresa Coniferal, en bicicleta, a caballo, en carro. Escasos vehículos a motor. Líneas de transporte público escasas: la línea 17 tiene una parada a tres cuadras de la entrada del barrio y a 5 cuadras paran el 14 y el 12. Los tiempos de espera varían entre 20 a 40 minutos y el viaje hasta el centro es de una hora.

Gas: el 93% de las viviendas relevadas utilizan garrafa, siendo escaso acceso a la Garrafa Social (solo el 6%). Es el principal medio para cocinar alimentos, usado para este fin por el 91% de los relevados.

En cuanto a la **educación** vemos que hay un nivel de exclusión y falta de accesibilidad debido a cupos llenos en Instituciones Educativas de la zona, lo cual leemos como proceso deteriorante en el PSEA.

Notamos que en la población adolescente son cada vez más las deserciones escolares e inicio de actividad laboral temprana. La oferta de educación superior en la zona es escasa, y son pocos los vecinos que logran acceder a estudios terciarios o universitarios. Tampoco se encuentran cerca espacios de desarrollo, crecimiento y formación en música, artes, idiomas, deportes u otras actividades similares.

Como proceso protector relataremos como ejemplos la militancia de la Organización Universidad Trashumante - EO en Educación Popular, vehiculizando procesos organizativos autónomos de los vecinos, el acceso de una vecina al Plan Trabajadoras Somos con el que se sostienen clases de apoyo escolar para niñxs del barrio del nivel primario y las movilizaciones para la campaña de la Digna Educación; como también talleres de peluquería, mecánica, cocina, alfabetización para adultos que se dictan en el colegio René Favaloro cercano al barrio.

La **salud** se configura como un proceso crítico de difícil acceso. Los Centros de Salud cuentan con una población a cargo que excede ampliamente su capacidad de cobertura asistencial sin siquiera nombrar el acompañamiento en procesos organizacionales. Hay ineficiente accesibilidad geográfica por estar a larga distancia de centros de 2da y 3ra complejidad, incapacidad del Sistema de Salud de garantizar la plena cobertura de la demanda asistencial como el acceso oportuno a estudios complementarios.

Con respecto a los **procesos organizativos barriales,** podemos decir que existe una amplia participación de los vecinos en múltiples actividades e iniciativas para consolidarse como Barrio reconocido por el Estado, y para sortear el abandono por parte de las políticas públicas autogestionándose la garantía de algunos de sus derechos. Podemos enumerar la existencia de dos copas de leche que se sostienen dos veces por semana cada una en casas de vecinas proactivas que se apoyan en diferentes organizaciones sociales con trabajo territorial; de la Asamblea barrial semanal coordinada por Universidad Trashumante; del apoyo escolar llevado adelante por una vecina en el marco del Plan Trabajadoras Somos; de numerosas jornadas de trabajo colectivo para acondicionamiento y cuidado del espacio verde de la plaza y construcción de un cisterna y un salón comunitario; y del grupo de mujeres "Desenchufadas" que describimos y analizamos en este relato.

Muchas problemáticas sociales presentes en el área hacen a la cotidianidad de todos sus habitantes y sus modos de existir. Están atravesados por altos niveles de violencia en sus más variadas formas (de género, social, comunitaria, institucional, ambiental, estatal, simbólica, mediática, policial), que conllevan una sensación de inseguridad colectiva; existe un nivel de consumo problemático de sustancias que lleva a más violencia, abuso, deserción escolar, judicialización y/o muerte de jóvenes. La industria y negocio del narcotráfico están concretamente presentes, junto con la represión y amenaza policial que siguen reproduciendo la violencia, el terrorismo de estado y la corrupción.

PLANIFICACIÓN, PROPUESTA METODOLÓGICA Y EJECUCIÓN

Habiendo trabajado durante 4 años como residentes de Medicina Familiar y General del HNC insertos en esa comunidad, junto con el equipo de salud del Centro de Salud Municipal N° 67, encontrándonos desde la tarea asistencial en el consultorio realizando acompañamientos en PSEAC a diversas familias y reforzando por fuera el vínculo generado al mantener siempre una presencia en actividades territoriales, creamos fuertes lazos de confianza con algunos referentes barriales y sus familias, con quienes fuimos construyendo un mapa de las problemáticas que los atraviesan, utilizando la herramienta que propone Breilh (2013) para su análisis, la Matriz de Procesos Críticos (MPC), desglosando los diferentes procesos críticos en sus distintas dimensiones de la determinación social de la salud según la epidemiología crítica.[3]

De esta manera, uno de los procesos críticos que pudimos identificar y destacar en estos encuentros fue la violencia de género y sus reiteradas manifestaciones de diversas formas en el barrio, problema notable que preocupó enormemente a los y las vecinos y vecinas, quienes nos pidieron explícitamente un acompañamiento en formación en diferentes aristas del tema, proponiéndonos comenzar con un grupo de mujeres en pos de empoderarnos todas.

Lagarde (1990) afirma que "la filosofía feminista caracteriza la situación actual como un cambio radical de la sociedad y la cultura, marcado por el tránsito de las mujeres de seres-para-otros, en protagonistas de sus vidas y de la historia misma, en sujetos históricos. También afirma que en ámbitos diferentes ocurren cambios sociales, económicos, jurídicos, políticos, científicos y culturales que contribuyen a la transformación esencial de la feminidad, del ser mujer y de las mujeres mismas. Dichos cambios han ocurrido a las mujeres, a los hombres, a la organización genérica, en la sociedad, en las instituciones civiles y políticas, y en la cultura. Del mundo patriarcal y frente a él surge una nueva cultura, y las mujeres y la feminidad son su espacio esencial. El núcleo de esta dialéctica es la deconstrucción (Culler, 1984) de la feminidad y de la mujer, en las mujeres, y el surgimiento de nuevas identidades entre ellas."[6]

Tomando como referencia a esta teórica feminista, basándonos en el análisis de la MPC, la coyuntura del movimiento de mujeres, el pedido de las vecinas, y la convicción de que los grupos de mujeres son experiencias emancipadoras, decidimos proponer un taller inicial en la plaza del barrio, de planificación colectiva participativa, donde construimos juntas ejes temáticos que interesaban trabajar, objetivos del grupo, lugar, día, horario y periodicidad de encuentros.

Definimos en ese taller comenzar a reunirnos semanalmente, los jueves de 10:30 a 13hs, en la plaza del barrio, generando así una apropiación del espacio público[4] a sabiendas de que como dice Massolo (1999) "ante la sentencia de que el lugar de la mujer en la ciudad es la casa y ante el rol codificado de la mujer como ama de casa, se generan impresionantes cambios económicos, sociales, políticos y culturales producidos por la urbanización acelerada del

mundo, que han cambiado a las mujeres al tiempo que ellas mismas transforman y mejoran los espacios de la vida social urbana, imprimiéndoles su marca de género la que innegablemente primero registra la acción de sus roles tradicionales."[4]

Llevamos desarrollados hasta el día de la fecha 31 encuentros entre Noviembre 2016 y Agosto 2017, durante 9 meses, donde participamos entre 4 y 10 mujeres, siendo el grupo heterogéneo, intercultural e intergeneracional, con mujeres entre 15 y 60 años, vecinas del barrio 12 de julio de origen argentino y peruano, algunas de las cuales participaron de un grupo de mujeres en el 2014, otras participan de organizaciones sociales o partidos políticos que trabajan en el barrio, y nosotras, tres residentes de Medicina Familiar y General, quienes nos reconocemos con ciertos privilegios de clase, pero nos sabemos iguales desde la condición genérica ante la opresión patriarcal, como describe Lagarde (2011) al decir que las mujeres son oprimidas por el hecho de ser mujeres, cualquiera que sea su posición de clase, su lengua, su edad, su raza, su nacionalidad, su ocupación. En el mundo patriarcal ser mujer es ser oprimida.[5]

La propuesta metodológica aplicada fue en talleres teórico-vivenciales con una estructura de inicio con sensibilización y caldeamiento, luego el desarrollo de algún eje temático acordado en el encuentro anterior, con diferentes dinámicas de la educación popular y la construcción colectiva, intercambiando prácticas, experiencias, saberes y razonamientos, y finalmente un cierre donde pensamos también en el tema a trabajar el próximo encuentro y dividimos tareas en caso de haber pensado una actividad concreta a realizar. Simultáneamente el espacio siempre estuvo abierto para la contención y escucha activa de cuestiones individuales que estuviéramos atravesando cada una en nuestras vidas si teníamos la necesidad de compartirlo.

Los ejes temáticos trabajados hasta el día de la fecha fueron nuestra sexualidad como mujeres: la reproducción, nuestro placer, nuestros derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos, nuestro autocuidado, nuestra salud, nuestra genitalidad, la identidad de género, la orientación sexual; mujeres y trabajo: reconocido o invisibilizado, remunerado o no remunerado, doble o triple carga laboral, distribución desigual de tareas, desigualdad de sueldos; roles de género según la heteronorma patriarcal; violencia de género: tipos, modalidades, marco legal y herramientas de acompañamiento ante situaciones emergentes.

La primera actividad a resaltar fue el acondicionamiento del espacio físico donde elegimos empezar los encuentros, debajo de la sombra de un olmo en la plaza del barrio, apuntando a habitar ese espacio público, y a resignificarlo como espacio de encuentro y construcción. Así fue como confeccionamos asientos de gomas pintadas intercaladas con troncos, con pala, pico y fuerza femenina en una mañana.

Un momento trascendente de la experiencia transitada en estos meses, fue el fortalecimiento en la construcción de identidad grupal al idear y definir un nombre y un logo que nos representaran: "DESENCHUFADAS".

La otra actividad importante para ejemplificar el grado de organización y compromiso con el grupo, fue la participación en la marcha y paro internacional de mujeres el día 8 de Marzo del 2017, momento al cual llegamos habiendo discutido sobre el eje de Mujer Trabajadora, habiéndonos problematizado al respecto.

Realizamos un bingo para recolectar dinero para pagar los pasajes de todas, confeccionamos la bandera que cargamos durante la marcha, y nos preparamos con una mística ese día previamente a partir a la concentración donde nos sensibilizamos nuevamente y nos intervenimos el cuerpo con consignas.

EVALUACIÓN DE LA EXPERIENCIA

Más allá de las fluctuaciones en número de mujeres que participamos, el grupo estable consta de 8 que lo motorizamos semanalmente, con quienes realizamos un balance y evaluación conjunta de lo transitado y trabajado como grupo, retomando los

objetivos, mirando qué habíamos alcanzado hasta ahora, y reflexionando a cerca de lo que había significado para cada una la participación en este grupo, y dimensionando los cambios que se produjeron en cada una de nosotras.

En esta instancia vimos que la forma de participar, de intervenir, de mirar, de estar de cada una fue mutando y con el tiempo fuimos entrando en confianza y animándonos a hablar y compartir experiencias personales. "*El grupo fue como mi cita al psicólogo, me cambio en todo, mi miedo para hablar, a salir de la casa, a un abrazo. Me animé a hablar con mis compañeras y no sentirme sola. Abrió mi mente, me encontré con una Jimena adolescente y mujer a la vez.*" *(Jimena)* "*Como todas también me desenchufe, yo era una persona demasiado cerrada y con este grupo me abrí muchísimo, confíe en personas que me encantan, y que me dan su confianza*" *(Leticia)*.

Existe un grupo consolidado, con sentido de pertenencia, con reconocimiento por parte de las organizaciones e instituciones barriales, con respeto por el horario, espacio y momento de encuentro por parte de los vecinos, una identidad desarrollada, un nombre y logo discutidos y elegidos por tener un significado con el que nos sentimos representadas. "Desenchufadas" es la bandera que llevamos, porque nos desconectamos un rato de la casa, de las tareas dignas del rol definido como femenino por el patriarcado, de las familias, las obligaciones cotidianas de madre, hija, mujer, para animarnos a hablar de temas diferentes y transformar nuestra realidad. "*Hemos hecho una red fuerte de mujeres que pone el grito en el cielo en el barrio 12 de julio, nos juntamos para informarnos y defendernos de este sistema machista, tenemos identidad, tenemos logotipo. Juntas hemos hecho nuestro espacio, ese lugar en la plaza y bajo el árbol logró juntarnos como mujeres desenchufadas de la casa, colegio, trabajo, rutina. Hemos logrado encontrarnos y saber que luchamos por lo mismo.*" *(Jimena)*. "*Me considero una desenchufada más, total, porque me desenchufe de mi casa, de mi cotidianidad, y cuando se hace la hora de ir a la reunión de mujeres dejo todo lo que puedo dejar para ir a desenchufadas.*" *(Gabriela)*.

"*Nos hicimos fuertes en nuestra salud, aprendimos que podemos elegir ser madres o no. Nos informamos sobre violencia de género y que no solo es física sino que hay más de una. A dónde podemos ir y qué hacer ante estas situaciones, y cómo podemos acompañar a la que la está pasando mal. Salimos a marchar. Aprendimos que el trabajo de la mujer es menos pago y que el de la casa nadie lo ve. Una mujer no descansa. Escuchamos historias de mujeres que hicieron historia y no se encuentra en ninguna enciclopedia escolar. Aún nos quedan un montón de cosas por hacer como grupo, como red fuerte que somos.*" *(Jimena)*

"*Para mi significó una transformación, de ponerme en lugar de exógena a adoptar y construir un Nosotras. Darme cuenta que sufro las mismas violencias como mujer, igualarme, ver que tengo mucho que aprender*". (Juli*ana)*

"*Siento que fue profundamente transformador el hecho de descubrirme como par en la manera de vivir los placeres, de transitar los sufrimientos, los dolores, los disfrutes, encontrándome desde un lugar de intimidad vincular que trascendió diferencias de clase y nos igualó como seres, como mujeres, permitiéndonos romper con muchos prejuicios y aprendiendo a caminar juntas una lucha que en lo personal me interpela desde lo más hondo. Fue muy reconfortante ver como el feminismo es una forma de habitar y de estar en este sistema en resistencia colectiva permanente. Y que cada vez somos más y que el poder del movimiento de mujeres no tiene límites.*" *(Belén)*

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA EXPERIENCIA DESARROLLADA

Entendemos que en el trabajo barrial, el encuentro entre mujeres enriquece nuestra capacidad transformadora frente a las problemáticas con las que nos encontramos, a nuestras necesidades concretas y a los obstáculos a los que nos enfrentamos ante la falta de garantía, por parte del Estado patriarcal, de los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos, del acceso al trabajo, a una vida libre de violencias, etc.

Las formas de opresión patriarcal no se presentan aisladas, están articuladas con el capitalismo, el racismo, y la dominación colonial como sistemas de opresión[5]. Nuestros cuerpos entonces están atravesados por múltiples formas de dominación, y tenemos que trabajar juntas para combatirlas en su complejidad.

La experiencia hasta ahora da sobradas cuentas de la importancia de las mujeres como sujetos de transformación y su necesaria participación en todas las luchas que se emprendan como barrio y sociedad. Creemos que como mujeres debemos formarnos para la libertad, para la autonomía, para la emancipación, para el fortalecimiento de nuestra autoestima individual y colectiva, para la recreación de nuestras formas de ser y estar en el mundo, para la comunicación intersubjetiva, la emoción, el afecto, la conexión, la solidaridad. Para todo esto precisamos que en el proceso de emancipación y lucha estén presentes nuestros cuerpos, nuestros deseos, nuestras singularidades y nuestras historias.

Según Massolo (1999) "la adscripción social y cultural a los roles genéricos de madre-esposa-ama de casa resultó ser, paradójicamente, tan restrictiva como permisiva de tal suerte que el control y limitación a la inmediatez espacial facilitaron el entrenamiento y activa participación femenina en la gestión de los asuntos públicos cotidianos, en asociaciones vecinales y redes de solidaridad comunitaria, demostrando capacidad de influencia, liderazgo y eficacia política. No existe tal separación entre la vida privada doméstica de las mujeres y la vida pública en el espacio local, puesto que sus prácticas, iniciativas de acción, gestiones y desplazamientos hacen borrosas las fronteras que supuestamente delimitan la presencia y trabajos femeninos en el ámbito privado familiar del ámbito público colectivo."[4] Y es justamente este proceso el que vamos viviendo cada una de las participantes del grupo disputando sentido contrahegemónico al patriarcado dominante mediante la apropiación del espacio público y la visibilización de nuestros cuerpos.

Una vez más, en este camino por encontrar las formas de abordar los desafíos a que nos enfrenta el orden dominante, las teorías y prácticas feministas tienen mucho que aportar.

Sin duda, poder pensar en el lugar de los cuerpos, las subjetividades, las historias personales y las emociones en los procesos organizativos, implica poder recuperar la potencialidad de la radicalidad que se gesta en las cosmovisiones y praxis de las mujeres.

Como estrategias para fortalecer el proceso, entendemos que es fundamental insistir con la visibilización del EPC, pensamos que la planificación a mediano y largo plazo de las metodologías y temáticas de trabajo son importantes para potenciar al grupo, siempre escuchando activamente la necesidad y el interés de todas las participantes, construyendo un campo común de trabajo.

Aprendimos que profundizar y solidificar los vínculos con las vecinas es eje troncal en el trabajo territorial. Construir conexiones íntimas y de calidad afectiva que impliquen confianza mutua, respeto y acercamiento genuino permite transitar una experiencia de plena transformación y profundo enriquecimiento en quienes la habiten.

Pensamos en la experiencia como un árbol que se va enraizando cada vez más fuerte (construcción de identidad colectiva, pertenencia, arraigo, contención) y con follaje cada vez más tupido (potenciación de las capacidades individuales, espacio para el desarrollo de la subjetividad en su máximo potencial, escucha, diversidad de opiniones). Vemos cómo se va gestando un entretejido que conjuga de la manera más fina y sutil las lanas de la dinámica de los grupos y el lugar para el desarrollo de las subjetividades en su máxima expresión. Esto nos impulsa al aprendizaje constante en cuanto a los modos de fluir dialécticamente en la coordinación-participación en grupos que implica el manejo de esa balanza que tiene en uno de sus platillos la escucha activa y la priorización de las voluntades individuales o las surgidas de la dimensión particular y general; y en el otro el norte de una transformación a nivel individual y colectivo que generen, a través del sólido trabajo y de la identidad grupal, eco en la dimensión general y le siga planteando la batalla que nos proponemos al capitalismo, a la exclusión y al patriarcado.

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

Sabemos que el patriarcado antecede al capitalismo, y que no podemos querer luchar contra uno escindido del otro, y conocemos que son estos los problemas históricos y estructurales que generan la desigualdad social con la que trabajamos a diario, y desde donde se desprenden todos los procesos críticos que observamos y asimismo los análisis que podemos realizar, por ello vemos al trabajo entre mujeres como una herramienta profundamente transformadora individual y colectivamente. Reconocemos también que el movimiento de mujeres viene siendo uno de los sectores populares más dinámicos en el contexto político actual con masiva participación de mujeres de diversos sectores y fuerzas.

Pudimos ver que un grupo de mujeres funciona como espacio de empoderamiento y de surgimiento y fortalecimiento de referentes barriales con fuerte presencia en las luchas y procesos organizativos que como barrio van transitando, que es un espacio de formación e intercambio de mujeres que estamos resistiendo, dispuestas a mejorar nuestras condiciones de vida y las de nuestras familias y barrios, donde adquirimos conocimientos y habilidades que nos impulsan a tomar decisiones que nos benefician y a tener un mayor control sobre nuestras vidas, aportando también a procesos colectivos, y viviendo un proceso de cambio que tiene como resultado el empoderamiento de nosotras mismas.

Podemos decir que participar como equipo de salud, reconociéndonos como sujetos políticos y sociales con conciencia de clase, que formamos parte del sistema de salud público, y que a su vez caminamos hacia una deconstrucción del modelo médico hegemónico; la experiencia como "Desenchufadas" ha sido reparadora y da cuentas de que hay un amplio campo a seguir explorando en vías de disminuir la brecha que generan la inequidad de clase, étnica y de género.

Creemos que la experiencia es reproducible desde lo metodológico en otros territorios y que la construcción de una trama vincular sólida es pieza troncal y requiere de una presencia activa, duradera, constante y genuina de parte del equipo de salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ciuffolini MB, Didoni M, Jure H. (may. 2014). Cuadernos de Medicina Familiar. Córdoba, Argentina: Sima.

2. Breilh J. (abr. 2010). La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. Salud Colectiva, 6, 10-11.

3. Breilh J. (abr 2013). La determinación social de la salud como herramienta de tranformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Revista de la Facultad nacional de Salud Pública, 31, 13-27.

4. Massolo, A. (1999). Las Mujeres y el Hábitat Popular: ¿cooperación para la sobrevivencia o para el desarrollo?. Hojas de Warmi, 10, 79-89.

5. Lagarde M. (2011). Los Cautiverios de las Mujeres: madres, monjas, putas, presas y locas. México: Horas y Horas.

6. Lagarde, M. (1990). Identidad femenina. Secretaría Nacional de Equidad y Género.

Premio de Honor "Salvador Mazza" compartido 2017

La educación para la muerte y el manejo de duelo en el ámbito escolar: Valoración de conocimientos, actitudes y prácticas de profesionales de establecimientos educativos públicos del Partido de General Rodríguez. 2017

Education for death and grieving in the school environment: Assessment of knowledge, attitudes and practices of professionals of public educational establishments of the Municipality of General Rodríguez. 2017

Pamela Claudia Ríos[1]; María Ximena Rodríguez[2]; Alicia Bárbara Szybisz[3]; Melisa Sonia Wolberg[4]

1)Lic. en Trabajo Social email: pame20_r@hotmail.com

2) Psicología Social email: ximena_mr@hotmail.com

3) Médica Especialista en Medicina Familiar y/o General email: alicia.szybisz@gmail.com

4)Promotora de Salud email: melisawolberg@gmail.com

Sección Área Programática - Hospital Nacional "Dr. Baldomero Sommer areasommer@gmail.com

⇉ *Ver trabajo completo*

Hace 10 años el Área Programática del Hospital Nacional "Dr. Baldomero Sommer" junto a la Inspección Distrital de Educación realizan capacitaciones anuales a profesionales de establecimientos escolares públicos de General Rodríguez. Siendo la última de estas denominada: Fomentando Buenas Prácticas: Muerte como Etapa del Ciclo Vital y Duelo en el Ámbito Escolar. El objetivo fue: Indagar qué conocimientos actitudes y prácticas poseen las/os profesionales de establecimientos educativos públicos del Partido de General Rodríguez, en el año 2017, sobre la educación para la muerte como contenido curricular y el manejo de duelo en el ámbito escolar. Trabajo observacional, descriptivo, trasversal. Para la recolección de datos se utilizó una encuesta autoadministrada. De los 1049 profesionales capacitados se logró encuestar a 824 (78,5%). Dentro de los hallazgos más importantes se observó en general que los datos encontrados son acordes al marco teórico propuesto. La mayoría de las/os profesionales no incluye sistemáticamente el tema muerte/duelo como contenido de la planificación anual. Con respecto a la edad donde incluir la educación para la muerte como contenido a trabajar en el aula, la mediana fue de 5 años y la moda de 3 años Muy pocos recibieron capacitación en el manejo de duelo en el ámbito escolar; así mismo se sienten poco preparados para trabajar estas situaciones con alumnos. Por otra parte más de la mitad de las/os profesionales refirió haber realizado intervenciones directas con alumnos que sufrieron pérdidas afectivas por muerte.

Palabras Clave: *Duelo en Escuelas, Educación para la muerte, capacitación en servicio, Educación para la salud*

Abstract: 10 years ago the Programmatic Area of the National Hospital "Dr. Baldomero Sommer" together with the District Inspection of Education conducted annual training to professionals of public schools in General Rodríguez. The last of these is called: Promoting Good Practices: Death as a Stage of the Life Cycle and Duel in the School Field. The objective was: To investigate what knowledge attitudes and practices possess the professionals of public educational establishments of the General Rodríguez Party, in 2017, about education for death as curricular content and the management of grief in the school environment. Observational, descriptive, cross-sectional work. A self-administered survey was used for data collection. Of the 1049 trained professionals, 824 (78.5%) were surveyed. Among the most important findings, it was generally observed that the data found are consistent with the proposed theoretical framework. The majority of professionals do not systematically include the issue of death / grief as the content of the annual planning. With respect to the age where to include education for death as a content to work in the classroom, the median was 5 years and the mode was 3 years. Very few received training in the management of grief in the school environment; They also feel unprepared to work these situations with students. On the other hand, more than half of the professionals reported having made direct interventions with students who suffered emotional losses due to death.

KeyWords*: Duel in Schools, Education for death, in-service training, Health education*

Imágenes artísticas Mercedes Schamber

INTRODUCCIÓN

Desde hace 10 años el Área Programática del Hospital Nacional "Dr. Baldomero Sommer" junto a la Inspección Distrital de Educación, han generado acciones que se mantuvieron en el tiempo y que confluyen en una capacitación anual a las/os profesionales de los establecimientos escolares públicos del distrito de General Rodríguez, Pcia Bs.As. Siendo la última de estas denominada: "Fomentando Buenas Prácticas: Muerte como Etapa del Ciclo Vital y Duelo en el Ámbito Escolar". Esta idea surgió luego del último Congreso Nacional de Medicina General en la ciudad de Bariloche, donde tomamos contacto con el equipo de cuidados paliativos pediátricos del Hospital Zonal, con quien compartimos charlas debate intracongreso. Ellos, junto a una fundación, realizan asesoría ante la muerte de alumnos o docentes en las escuelas de la zona, así como capacitaciones a equipos de educación y salud. Empezamos la búsqueda bibliográfica, y compartimos la idea con el equipo de inspección distrital de educación de nuestra localidad. Juntos nos plantamos los siguientes interrogantes: ¿Qué hacen las/os profesionales del Sistema Educativo de nuestra comunidad en momentos en que se deben transitar muerte en el aula o establecimiento escolar? -ya sea posterior a una eventualidad trágica o como desenlace de una enfermedad crónica-, Y ¿Qué herramientas podemos aportar los equipos de salud del primer nivel de atención (PNA) sobre educación para la muerte y manejo de duelo?

Finalmente se capacitó a las/os profesionales desde una concepción andragógica (1) sobre buenas prácticas y aportando un espacio para compartir saberes que intentaron facilitar acciones sobre cómo abordar esta realidad en el ámbito escolar, puesto que en la actualidad ningún currículo oficial incluye expresamente la "educación para la muerte" (2); permitiendo al docente mejorar las habilidades relacionadas al duelo, incentivando las buenas prácticas y ayudando a los niño/as a enfrentarse a las emociones tras un fallecimiento

ACERCA DE LOS AUTORES

Los investigadores fueron: por un lado, parte del equipo del Área Programática del Hospital Nacional "Dr. Baldomero Sommer", donde una médica especialista en Medicina General y/o Familiar, una Licenciada en Psicología Social, una Licenciada en Trabajo Social, dos Promotoras de Salud y la Jefa de la Residencia de Medicina General -con sede en esta sección-, trabajamos e investigamos en el PNA desde hace 10 años. También participaron de esta investigación la Inspectora de educación inicial de General Rodríguez y una Técnica en Minoridad y Familia de la Secretaría de Desarrollo y Acción Social del Municipio de General Rodríguez, con quienes llevamos habitualmente acciones de promoción y educación para la salud.

FUNDAMENTACION

La muerte se entiende como finalización de la vida, como un proceso vital que a lo largo de los años se ha convertido en un tema tabú para los adultos, donde se intenta "cuidar" a los niños, niñas y adolescentes (NNA) de ésta realidad, apartándolos de procesos naturales de la vida y de la elaboración del duelo. Hablar de la muerte como ciclo de vida implica realizar un reconocimiento propio de cómo enfrentar la pérdida y eso impide muchas veces poder poner en palabras y realizar un abordaje de manera integral cuando ocurre dentro del contexto escolar. (3)

En relación a esto, los autores Scatena y Correa (2011) señalan que este poner en palabras permite que el dolor pueda simbolizarse en el lenguaje en sus diferentes formas. De no ser así, por la falta de elementos constitutivos de la subjetividad para afrontar las pérdidas, encontraríamos obstáculos tanto en los procesos de aprendizaje y desarrollo integral, como en las diversas intervenciones docentes y en el establecimiento de lazos sostenedores con NNA. Por otro lado, el temor de los adultos ante esta situación hace que en ocasiones se elija ocultar y/o callar, dando explicaciones erróneas que sólo llevan a las/os niñas/os a una confusión (se fue al cielo, vive en vos, etc.), quitando la posibilidad de desarrollar habilidades necesarias para afrontar eventos a los que deberán enfrentarse a lo largo de su vida. Es decir, se cree que "protegiéndolos" de la muerte se evita el sufrimiento, pero es todo lo contrario, puesto que se los aparta de un evento fundamental en sus vidas, siendo imposible evitarles el dolor, debido a que, de las explicaciones sobre la muerte dependerá la forma en que la/os NNA vivan su primer duelo. (4)

Las/os NNA sufren la muerte de sus seres queridos, sienten y se cuestionan muchas cosas: sus preguntas, temores, comportamientos, inquietudes y dolor han de ser atendidos, escuchados y cuidados. De ahí que aprovechar los acontecimientos cotidianos de muerte (plantas, animales) permite trabajar e incorporar conceptos básicos sobre muerte, dolor y pérdida en la currícula escolar. (3)

Pensar la educación en una escuela que considere la integralidad de las/os NNA significa dar lugar, entre otros, a los temas que han sido excluidos como la sexualidad, el sufrimiento, la muerte, la emocionalidad, la exclusión educativa, entre otros. Es pensar una escuela que considere, acepte y valore las diferencias, es concebir una educación firmemente comprometida con los derechos humanos y el reconocimiento de NNA como sujetos de derechos. Por todo lo expuesto, se considera que teniendo en cuenta el desarrollo y formación integral de las/os NNA en el marco del derecho a la educación y la responsabilidad de la escuela en la protección de los derechos humanos hace que sea un imperativo ético incluir la muerte en la escuela, abordado la temática de forma transversal sin esperar que ocurran situaciones concretas y educar a través de las buenas prácticas cuando la pérdida ya se ha producido. (4)

Preguntas

¿Qué herramientas poseen las/os profesionales de los establecimientos educativos públicos de nuestra comunidad sobre el manejo de "duelo en el ámbito escolar"? ¿La educación para la muerte existe como contenido prescriptivo en el diseño curricular? De no ser así ¿Qué valoración tienen las/os profesionales al respecto?

OBJETIVO GENERAL

- Indagar qué conocimientos, actitudes y prácticas poseen las/os profesionales de establecimientos educativos públicos del Partido de General Rodríguez, en el año 2017, sobre la educación para la muerte como contenido curricular y el manejo de duelo en el ámbito escolar.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a las/os profesionales de establecimientos educativos públicos del Partido de General Rodríguez, en el año 2017.
- Caracterizar a las/os profesionales de establecimientos educativos públicos del Partido de General Rodríguez, en el año 2017, en relación a los conocimientos actitudes y prácticas sobre la educación para la muerte como contenido curricular.
- Caracterizar a las/os profesionales de establecimientos educativos públicos del Partido de General Rodríguez, en el año 2017, en relación a los conocimientos actitudes y prácticas sobre el manejo de duelo en el ámbito escolar.

MARCO TEÓRICO

La educación para la muerte como contenido curricular.

En nuestra sociedad la muerte es un tema del que no se habla, ponerle palabras a este hecho resulta complejo. En los diferentes diseños curriculares se refleja la ausencia de contenidos y objetivos

relacionados con la educación para la muerte (5), reflejándose esta situación en nuestra provincia (anexo 1)

Siendo un acontecimiento que todos los seres humanos deberán enfrentar en algún momento, se hace necesario incorporar conocimientos actitudes y prácticas profesionales que ayuden a definir una propuesta educativa para este ámbito desatendido. Aunque no es necesario que el/la niño/a experimente un duelo o un fallecimiento para incorporar contenidos en relación a la muerte. (3) De la Herrán Gascón (2006) menciona dos orientaciones con respecto a la práctica de enseñanza sobre la educación para la muerte. La primera, previa a una eventualidad trágica, denominada didáctico-curricular, desarrollada en forma permanente. Esta orientación parte de que la muerte atraviesa a todas las áreas del conocimiento y a todos los temas transversales consensuados. Comprende la planificación, la metodología y recursos didácticos, la evaluación, etc. En segundo lugar, la orientación posterior o paliativa, la cual, se desarrolla circunstancialmente, cuando se puede dar una vivencia de pérdida cercana a un NNA, o cuando ésta ocurre sin avisar.

La muerte no es algo lineal, así que no podemos hablar de certezas, pero podemos referirnos a aquellas cosas con una incidencia más alta en cada grupo de edad. Hay que tener en cuenta que en el niño influyen muchas cosas que le hacen ir en una dirección u otra: su desarrollo emocional, el entorno, la red de recursos de los que disponga, el desarrollo cognitivo, el tipo de muerte, las experiencias previas o la información que haya ido recibiendo, la edad, el estilo de comunicación y otras muchas cosas directamente relacionadas con su entorno o desarrollo. De la Herrán Gascón (2006) sostiene que desde los 3 años de edad se abre un periodo óptimo para poder incluir el concepto de muerte como contenido curricular, tanto en su vertiente previa como posterior a una eventual vivencia trágica. La escuela debería contar con herramientas que le permitan saber qué hacer y cómo intervenir didácticamente en tales situaciones, tanto desde la perspectiva de la planificación como de la comunicación educativa.

La educación para la Muerte pretende una formación pedagógica específica del profesorado, desde la educación infantil hasta la educación superior y de adultos, contemplando también a aquellos alumnos que pueden presentar necesidades específicas de apoyo educativo o que proceden de distintos países. Más allá de pertenecer a una cultura determinada, la muerte es un elemento transcultural. (6)

Con respecto a las personas con discapacidad el panorama es igual de desafortunado, se les niega la posibilidad del sufrir, del duelo, pues, implícitamente subyacen actitudes de infravaloración (pobrecitos, no se enteran). En algún estudio se ha llegado a valorar que el 50% de las personas con discapacidad intelectual que habían experimentado recientemente una muerte o pérdida mostraban cambios repentinos emocionales o conductuales. Varios autores defienden que el concepto de muerte depende más de etapas evolutivas que de edades concretas, en las personas con discapacidad puede verse demorado el proceso de duelo y la tristeza que conlleva, debido a que muchas veces no cuentan con una familia propia (pareja de convivencia estable con o sin hijos) y con una red de amigos con los que atravesar la pena. (7)

Se hallan cuatro conceptos claves que tienden a facilitar la comprensión de las/os niños/as, reduciendo fantasías sobre la muerte: (3) **Irreversibilidad:** El objetivo debe ser que el/la niño/a entienda que la muerte es permanente y no un estado temporal, ya que suelen equipararla a un viaje en el que la persona va a estar fuera durante mucho tiempo y muy lejos. Esto está directamente relacionado con las explicaciones que los adultos ofrecen para explicar la muerte.

Universalidad: El/la niño/a cree que aquello cercano nunca va a dejar de existir, y una vez que se produce la primera muerte cercana, empieza a preguntarse a quién afecta la muerte, entiende la inmediatez ligada a la rotundidad de este hecho. Se niega a creer que la muerte sea universal, o en otros casos piensan que es selectiva, que solo les sucede a las personas ancianas o malas, etc. El objetivo que se busca es que el/la niño/a entienda que todos los

seres vivos se van a morir, pero que lo razonable es pensar que eso ocurrirá con el paso del tiempo. El cuerpo deja de funcionar: El objetivo es que el/la niño/a entienda que todas las funciones del cuerpo dejan de trabajar. Los adultos son responsables de esta incomprensión debido al uso continuado de metáforas con el afán por suavizar las explicaciones. Hay una causa: El/la niño/a tiene que entender que la muerte tiene una explicación y es física. Sólo cuando el plano físico esté aclarado podremos dar paso a las creencias que comparta la familia, buscando la forma de que entiendan que esas creencias religiosas constituyen un modo de elaborar el recuerdo de la persona fallecida.

Todo lo expuesto, demuestra la prioridad de reconceptualizar la visión pedagógica que se posee sobre la muerte y la necesidad de educar sobre la muerte como parte del ciclo de vida. (5)

Manejo de duelo en los establecimientos educativos.

Debido a la negación de la muerte y el tabú social al respecto, los niños y niñas elaboran en solitario sus duelos y se entregan sin acompañamiento a la idea de muerte. (8)

La escuela suele ser el lugar donde las/os NNA pasan más tiempo después del hogar familiar, por eso se hace imprescindible que en el establecimiento educativo haya un interés por trabajar el concepto de muerte o al menos acompañar a los/as niños/as en el duelo tras un fallecimiento. Para lo cual la escuela debe estar informado en aspectos como, quien ha fallecido, que vinculo tenía con el/la niño/a, como ha ocurrido, que aspectos de la muerte conoce el/la niño/a y que recursos de ayuda maneja la familia en caso de que sea necesario acudir a ellos. En la guía de orientación para la intervención de situaciones conflictivas y de vulneración de derechos en el escenario escolar del Gobierno de la Provincia de Buenos Aires y UNICEF (2014) se muestra el protocolo de acción ante el fallecimiento de NNA o de personal de la institución educativa dentro o fuera de la misma (9)5.

De la Herrán Gascón y Cortina (2011) señalan que las pérdidas de seres queridos que se pueden experimentar en un establecimiento docente pueden ser variadas, según sea la persona que fallezca. Por eso es conveniente una revisión y consenso del periodo de duelo y adecuación de su protocolo de actuación. Siendo de suma importancia un estrecho contacto de la familia con los docentes para conocer la evolución de los niños tras un fallecimiento. El abordaje debe realizarse en función de la educación del niño. Se pretende que cada profesor sea más capaz de atender la orientación de sus alumnos en su aula, en todas las situaciones didácticas, previas y posteriores a una muerte y pueda recurrir, cuando sea necesario, a otros profesionales y/o instituciones que lo puedan asesorar convenientemente. (10)

El establecimiento escolar también deberá fomentar espacios de comunicación, facilitando lugares y momentos, respetando los silencios si así lo desea el grupo. Hablar de sentimientos contribuye a avanzar en el proceso, para esto lo es mejor crear un ambiente de normalidad. No todos van a vivir la pérdida de igual forma ni todos tienen la misma capacidad de recuperación. Lo mejor es comunicar la muerte lo antes posible, creando un clima de escucha y de tranquilidad antes de dar la noticia. Esto va a contribuir favorablemente a que los niños y niñas expresen también los suyos. Explicando la causa de la muerte de manera sencilla y

comprensible, sin brindar detalles que no sumen a la comprensión de la situación y que respondan a interrogantes relacionados al morbo. (11)

En el trabajo de Otero Ramos y Soares Santos: "Pedagogía de la muerte en el nivel de enseñanza primario" realizado con docentes y alumnos de una escuela primaria de Cuba, se obtuvo que el 39,0% de alumnos sufrieron una pérdida de muerte en los últimos años, lo que fundamentó la necesidad de la preparación del profesional de la educación para atender estos casos. La mayoría de las muertes fueron de familiares. El 78% de los docentes refirieron no saber manejar el duelo y el 22% expresó "tener dudas". El hecho de incluir "los contenidos" en el diseño curricular arrojo resultados interesantes: el 80% de los maestros, lo percibieron como algo positivo, mientras que el 20% lo valoro como negativo. Eran específicamente los maestros con mayores años de experiencia y mayor edad, los que expresaban estas últimas valoraciones. Sobre la edad en que se pudiera introducir el estudio de la muerte conducen a agruparlos en categorías: maestras de más experiencia y maestras jóvenes. Las primeras señalaban: "…es un tema muy duro para un niño chiquito, después de los 8 años sí se puede tratar el tema…"; "…el niño se va a asustar con esto…"; "…los niños tienen que aprender valores, no cosas tristes…". Las maestras jóvenes opinaban: "…Los niños desde muy temprano saben sobre todo, porqué no hablar de la muerte desde edades tempranas…"; "…con tantas cosas que pasan en el mundo de hoy, el niño tiene que estar preparado para la muerte…". (5)

En el trabajo de Leiva, López y Torres (2011): Conocimientos y Prácticas del personal docente con relación al abordaje del proceso de duelo en adolescentes, con una muestra de 67 docentes (edad entre 40 a 59 años -36- y 22 a 39 años -31-, la mayoría con más de 16 años de recibido) quienes expresaron que el 92% no poseen preparación formal sobre el duelo, aunque más del 50% se encontraron anuentes a recibir capacitación en torno al tema. Concluyeron que el abordaje del proceso de duelo en adolescentes realizado por los y las docentes se ve obstaculizado por la poca información que poseen estos profesionales en torno a la temática. Los profesores y las profesoras de secundaria tienen estereotipos en relación al proceso de duelo, lo cual puede llegar a dificultar la resolución satisfactoria de los duelos que enfrentan los y las adolescentes, quienes recurren a estos profesionales en busca de ayuda. Es fundamental que los profesores y las profesoras de centros educativos conozcan cómo realizar una intervención en crisis de primer orden, así como algunas pautas que conduzcan a una resolución satisfactoria del duelo; para de esta manera atender adecuadamente a los y las adolescentes que presenten este tipo de situación. (12)

MARCO METODOLÓGICO

Tipo de estudio: Observacional, descriptivo, trasversal. Con enfoque cuantitativo.

Población: Todos los profesionales en funciones del ámbito escolar público del Partido de General Rodríguez, correspondiente al ciclo lectivo 2017.

Unidad de análisis: Cada uno de los profesionales en funciones del ámbito escolar público del Partido de General Rodríguez, correspondiente al ciclo lectivo 2017.

Muestra no probabilística, de tipo intencional, durante las jornadas de capacitación docente realizadas por el equipo del Área Programática del Hospital Nacional "Dr. Baldomero Sommer" en febrero de 2017.

Criterios de inclusión: Profesionales en funciones del ámbito escolar público del Partido de General Rodríguez que hayan asistido a las jornadas de capacitación docente realizadas por el equipo del Área Programática del Hospital Nacional "Dr. Baldomero Sommer" en febrero de 2017.

Criterios de exclusión: Aquellas encuestas cuya totalidad de los datos filiatorios no fueron completados.

Operacionalización de variables: (Ver anexo 2)

Instrumento: se realizó una encuesta autoadministrada con dos secciones: una con datos filiatorios y profesionales, y otra con preguntas relacionadas específicamente al tema de investigación. La misma incluyo un consentimiento informado (ver consideraciones éticas). En el primer apartado se valoro edad, profesión, años de recibido, cargo, función, nivel y jurisdicción donde trabaja En el segundo se realizaron preguntas sobre educación para la muerte y manejo de duelo en el ámbito escolar organizadas según conocimientos, actitudes y prácticas.

Se realizó una prueba piloto con profesionales (15) de un establecimiento educativo cercano al hospital donde se corrigieron problemas de redacción.

Plan de análisis de los resultados: Para el análisis de resultados del siguiente trabajo se utilizó como herramientas Microsoft® office Excel 2007 y IBM SPSS®.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

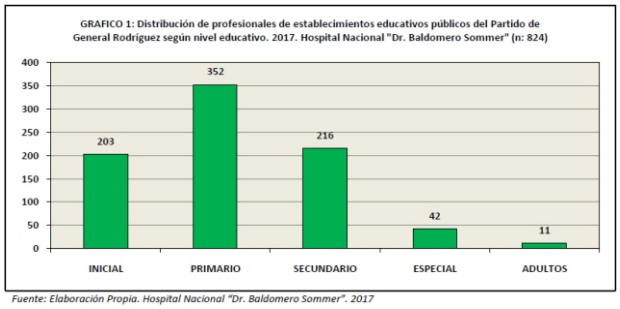
Durante las capacitaciones docentes realizadas en febrero de 2017 se comentó públicamente a los asistentes sobre la investigación en desarrollo previo a la distribución del instrumento de recolección de datos. La primera sección del mismo correspondió a un consentimiento informado, en el que se expresó sobre el anonimato y la participación voluntaria del encuestado, el fin de la misma y la no retribución económica ante la participación. Se indicó además un contacto en caso de dudas o comentarios.

RESULTADOS

De los 1049 profesionales de establecimientos educativos públicos del Partido de General Rodríguez que participaron de la capacitación docente dictada por el Área Programática del Hospital Nacional "Dr. Baldomero Sommer" en febrero del 2017, se logró encuestar a 829, excluyéndose 5, siendo la muestra final analizada de **824 (78,5%).**

La distribución por niveles mostró lo siguiente: 203 (24,5%) profesionales pertenecen al nivel inicial, 352 (42,7%) al nivel primario, 216 (26,2%) al nivel secundario, 42 (5,1%) al nivel especial y 11 (1,3%) al de adultos (gráfico 1).

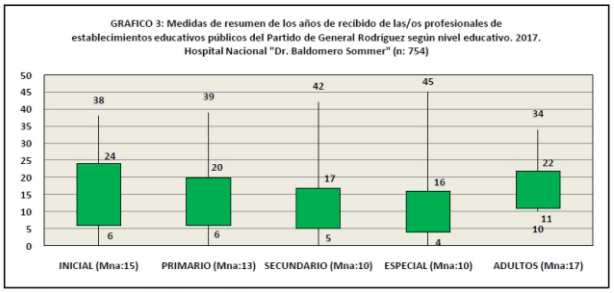
La distribución de profesionales según cargo y nivel se observa en la tabla 1, donde se destaca la disparidad de profesionales de equipos de orientación escolar (EOE) por nivel (16,7% en primaria vs 0,0% en adultos)



Fuente: Elaboración Propia. Hospital Nacional "Dr. Baldomero Sommer". 2017

La mediana de edad fue de 40 años (PC25: 33/PC75: 47) y la moda de 47 años. Las medidas de resumen sobre la edad de los profesionales según cargo se muestra en el gráfico 2, donde las poblaciones de los niveles INICIAL y ESPECIAL son más jovenes. La mediana de años de recibido fue de 12 años (PC25: 6/PC75: 20) y la moda de 10 años. Las medidas de resumen sobre los años de recibido de los profesionales según cargo se muestra en el gráfico 3, donde se observa que las poblaciones de los niveles SECUNDARIO y ESPECIAL tienen menos años de recibido.

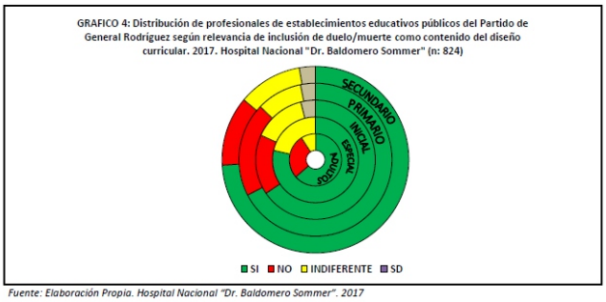
Con respecto al ámbito de enseñanza, ≈95,0% (785) de los



*Se excluyeron 70 registros sin datos de esta variable.
Fuente: Elaboración Propia. Hospital Nacional "Dr. Baldomero Sommer". 2017

encuestadas/os refirió trabajar solo en el ámbito público, haciendolo ≈5,0% restante en ambos subsistemas (público y privado).

Ante la pregunta relacionada a la importancia de la inclusión del tema muerte/duelo como contenido del diseño curricular se observó que el 69,2% lo creyó relevante, un 16,0% no relevante y un 11,8% indiferente (tabla 2 y gráfico 4). No hubo diferencias estadisticamente significativas con respecto al cargo, ni grupos etarios6.Se encontró una leve diferencia en relación a los años de recibido[7], donde los ≤12 años de recibido(74,9%) creen más relevante la inclusión del tema en el diseño curricular que los >12 años (67,3%) (OR 1,45)



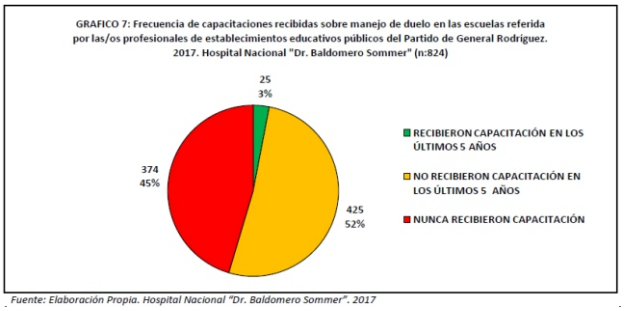
Fuente: Elaboración Propia. Hospital Nacional "Dr. Baldomero Sommer". 2017

Ante la pregunta relacionada a la edad donde incluir la educación para muerte como contenido a trabajar en el aula, la mediana general fue de 5 años (PC25: 3/PC75: 7), con un MIN de 3 y un MAX de 18 años. La moda fue de 3 años. La distribución según nivel se observa en el gráfico 5. En este gráfico se resalta que tanto el grupo de las/os profesionales del nivel inicial como aquellas/os de especial tuvieron como mediana años de las/os alumnas/oa del nivel inicial (4 y 3 años respectivamente). En cambio los grupos de primario, secundario y adultos tuvieron como mediana años de las/os alumnas/os nivel primario (6, 6 y 8 años respectivamente) No hubo diferencias con respecto al cargo, grupos etarios ni años de recibido. Cabe destacar que 11 encuestados respondieron de forma escrita a esta consigna con las siguientes respuestas: "de ser necesario" (1), "cuando el familiar lo autorice" (1), "desde que surjan las interrogantes" (1), "nunca" (2), "no sabe" (5)

Sobre la pregunta relacionada a la inclusión de contenidos sobre muerte/duelo en la planificación/actividades en el aula, solo el 11,5% (95) dijo que sí y el 84,3% (695) refirió que no (Gráfico 6)

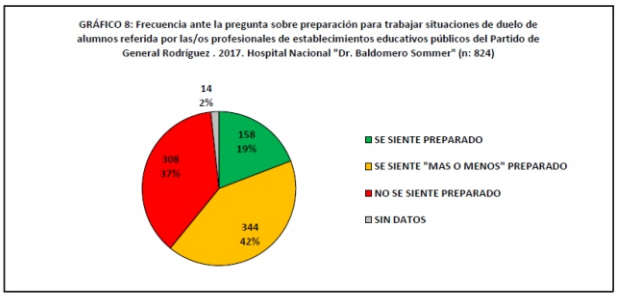
En la tabla 3 se puede observar que las/os profesionales del nivel especial (23,8%) son los que más incluyen contenidos sobre muerte/duelo en la planificación o actividades en el aula, seguidos de los del nivel primario (13,4%) y secundario (12,0%) No hubo diferencias entre los grupos etarios ni años de recibido.

Cuando se preguntó a las/os profesionales acerca de capacitaciones sobre educación para la muerte o duelo, solo el 3% refirió haberlas tenido en los últimos 5 años, un 52% dijo que no y un 45% manifestó que nunca tuvieron capacitaciones relacionadas a este tema (Gráfico 7) En el análisis por nivel, no se observan diferencias significativas (Tabla 4). Con respecto al cargo solo se pudo observar diferencias entre los profesionales de primaria donde 9 de los 14 capacitados forman parte del EOE. No hubo diferencias entre grupos etarios ni años de recibido.



Fuente: Elaboración Propia. Hospital Nacional "Dr. Baldomero Sommer". 2017

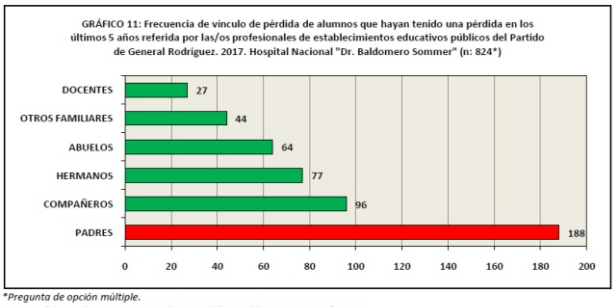
Con respecto a la pregunta sobre si el/la profesional se siente preparado para trabajar situaciones de duelo con alumnos solo el 19,2% dijo que sí, un 41,7% dijo que "más o menos" y un 37,4% respondió que no (gráfico 8) No se observaron diferencias por niveles de educación (tabla 5) Si encontramos diferencias con respecto al cargo, donde las/os profesionales del gabinete (41,0%) se sienten más preparados para abordar situaciones de duelo en las escuelas que los directivos (25,8%) y ambos que los docentes (17,8%) También encontramos diferencias con respecto a los grupos etarios donde se observó que las/os profesionales ≤40 años (15,7%) se encuentran menos preparados que aquellos >40 años (23,8%) (OR 1,7) No hubo diferencias con respecto a años de recibido.



Fuente: Elaboración Propia. Hospital Nacional "Dr. Baldomero Sommer". 2017

Por otra parte el 51,1% de las/os profesionales refirió haber realizado intervenciones directas con alumnos que sufrieron pérdidas afectivas por muerte en los últimos 5 años (gráfico 9), no habiendo diferencias significativas por niveles. Al valorar esta situación por cargo (gráfico 10) se observaron diferencias entre docentes (49,7%), directivos (61,3%) y el EOE (59,5%) No se encontraron diferencias entre los grupos etarios ni años de recibido.

Los principales familiares o vínculos de los alumnos donde tuvieron que realizar intervenciones las/os profesionales fueron padres, compañeros de escuela y hermanos (gráfico 11)



*Pregunta de opción múltiple.
Fuente: Elaboración Propia. Hospital Nacional "Dr. Baldomero Sommer". 2017

DISCUSIÓN

Comparando los dos ejes temáticos con la bibliografía consultada encontramos lo siguiente: Educación para la muerte

Con respecto a la **ac**titud sobre la inclusión del tema muerte/duelo como contenido del diseño curricular se observó que ≈70,0% de los profesionales lo creyó relevante, siendo este valor inferior (80,0%) al encontrado en el estudio realizado por Otero

Ramos y Soares Santos (5). Con respecto a los que no estuvieron de acuerdo hubo coincidencia en que la mayoria eran profesionales con más años de recibidos.

Sobre el **conocimiento** de a que edad incluir la educación para muerte como contenido a trabajar en el aula, la mediana general fue de 5 años valor cercano al de 3 años que refiere De La Herrán Gascón et al. (6) A diferencia del trabajo de Otero Ramos y Soares Santos (5), no encontramos diferencias en cuanto a los grupos etarios ni años de recibido.

Sobre la **práctica** de la inclusión de contenidos sobre muerte/duelo en la planificación/actividades en el aula, el 11,5% de los profesionales refirió que lo incluye, a pesar que el concepto de educación para la muerte no aparece como contenido prescriptivo en los diseños curriculares de ningún nivel (anexo 1) Manejo de duelo en ámbito escolar

Se valoraron **conocimientos** mediante capacitaciones sobre educación para la muerte o duelo, refiriéndolas solo el 3,0% de los profesionales en los últimos 5 años, siendo coincidente con el trabajo de Leiva, López y Torres (12), donde el 92,0% refirieron no haberlas tenido.

Sobre la **actitud** de si el/la profesional se siente preparado para trabajar situaciones de duelo con alumnos solo el 19,2% dijo que sí. Este dato se puede parangonar al resultado del trabajo de Otero Ramos y Soares Santos (5), donde el 78,0% de los profesionales dijeron no saber cómo tratar una situación de este tipo. A su vez De La Herrán Gascón y Cortina refieren que cada profesor sea capaz de atender la orientación de sus alumnos en el aula. (10) Sobre la **práctica** en el manejo de duelo se valoraron las intervenciones directas con alumnos que sufrieron pérdidas afectivas por muerte en los últimos 5 años, no se encontró bibliografía comparable.

CONCLUSIONES

Se valoraron 824 (78,5%) encuestas de profesionales de establecimientos educativos públicos del Partido de General Rodríguez que participaron de la capacitación docente dictada por el Área Programática del Hospital Nacional "Dr. Baldomero Sommer" en febrero del 2017. La mediana de edad fue de 40 años (PC25: 33/PC75: 47) y la moda de 47 años, siendo los profesionales de los niveles INICIAL y ESPECIAL los más jovenes. La mediana de años de recibido fue de 12 años (PC25: 6/PC75: 20) y la moda de 10 años, teniendo los profesionales de los niveles SECUNDARIO y ESPECIAL menos años de recibido. Se destacó la disparidad de profesionales de equipos de orientación escolar por nivel. En relación a los conocimientos actitudes y prácticas sobre la educación para la muerte como contenido curricular se observó en general que los valores encontrados son acordes al marco teórico propuesto, donde: no se incluye (84,3%) sistematicamente el tema muerte/duelo como contenido de la planificacion anual, correlacionado a que el concepto de educación para la muerte no aparece como contenido prescriptivo en los diseños curriculares de ningún nivel. Como contraparte la mayoria de los profesionales (≈70,0%) acuerdan con la relevancia de su incorporación (con una diferencia significativa en relación a los años de recibido - ≤12 años creen más relevante la inclusión del tema que los >12 años (OR 1,45)-) Con respecto a edad donde incluir la educación para la muerte como contenido a trabajar en el aula, la mediana fue de 5 años (PC25: 3/PC75: 7) y la moda fue de 3 años, valor este citado en la bibliografía como correcto. Hubo diferencias según el nivel de las/os profesionales: en el grupo de inicial y especial fueron 4 y 3 años respectivamente, en los grupos de primario, secundario y adultos 6, 6 y 8 años respectivamente.

En relación a los conocimientos actitudes y prácticas sobre el manejo del proceso de duelo en el ámbito escolar también se observó en general que los datos encontrados son acordes al marco teórico propuesto, donde: solo el 3,0% refirió capacitaciones sobre el tema. Con respecto al sentirse preparado para trabajar situaciones de duelo con alumnos solo el 19,2% dijo que sí. Encontramos diferencias con respecto al cargo, donde las/os profesionales del gabinete (41,0%) se sienten más preparados, que los directivos (25,8%) y ambos que los docentes (17,8%) Las/os profesionales ≤40 años (15,7%) se encuentran menos preparados que aquellos >40 años (23,8%) (OR 1,7). Por otra parte el 51,1% de las/os profesionales refirió haber realizado intervenciones directas con alumnos que sufrieron pérdidas afectivas por muerte en los últimos 5 años. Los principales familiares o vínculos de los alumnos donde tuvieron que realizar intervenciones las/os profesionales fueron padres, compañeros de escuela y hermanos.

PROPUESTAS

- Sugerir la inclusión de la educación para la muerte como contenido del diseño curricular escolar de la Provincia de Buenos Aires.
- Reforzar la capacitaciones a las/os profesionales en estos temas.
- Propiciar un equipo interdisciplinario para el accionar en situaciones de duelo en los establecimientos educativos
- Generar guías sobre manejo de duelo en el ámbito escolar para las/os profesionales del ámbito educativo

RECOMENDACIONES

- Ampliar esta investigación mediante el enfoque cualitativo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dirección de Desarrollo Académico de la Universidad del Valle de México. Modelo Andragógico. Fundamentos. Primera Edicíon ed. México DF: Universidad del Valle de México; 2009.

2. De La Herrán A, Cortina M. La educación para la Muerte como Ámbito Formativo: Más Allá del Duelo. Psicooncoogía. 2008; 5(2-3): p. 409-424.

3. Díaz Seoane P. Hablemos de Duelo: Manual practico para abordar la muerte con ninos y adolescentes. Primera Edición ed. Madrid: Fundación Mario Losantos Del Campo; 2016.

4. Scatena NV, Correia M. Incluir la Muerte en la Escuela. Margen. 2011 Julio; 61: p. 1-12.

5. Otero Ramos I, Soares Santos CF. Pedagogía de la muerte en el nivel de enseñanza primario. Revista Iberoamericana de Educación. 2012 Noviembre; 60(3): p. 1-8.

6. Rodriguez Herrero P, de la Herrán GA, Cortina SM. Pedagogía de la Muerte Mediante Aprendizaje Servicio. Educacion XXI. 2015; 18(1): p. 189-212.

7. Federación de Organizaciones en Favor de las Personas con Retraso Mental de Madrid. Buenas prácticas en situaciones de duelo en personas con retraso mental Madrid: Colección FEAPS MADRID; 2001.

8. Pardo AB, Pilar FP. La escuela y el duelo. [Online].; 2000 [cited 2017 Julio 13. Available from: www.sorkari.com.

9. Gobierno de la Provincia de Buenos Aires y UNICEF. Guía de Orientación para la Intervención en Situaciones Conflictivas y de Vulneración de Derechos en el Escenario Escolar Buenos Aires: Unicef; 2014.

10. De La Herrán Gascón A, Cortina M. Fundamentos para una Pedagogía de la Muerte Madrid: Universitas; 2011.

11. Garcia Brisach I, Calvo Garcia P. Ante la Perdida que decir, que hacer. Guía del Duelo en el Ambito Escolar: Observatorio Psicosocial de Recursos en Situaciones de Desastre (OPSIDE).; 2012.

12. Leiva Díaz V, López Bermúdez ME, Torres Madrigal A. Conocimiento y Prácticas del Personal Docente con Relación al Abordaje del Proceso de Duelo en Adolecentes. [Online].; 2012 [cited 2017 Julio 15. Available from: www.revenf.ucr.ac.cr.

13. Wolf E. El pato y la Muerte Buenos Aires: Calibroscopio Ediciones; 2007.

14. Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires. Diseño curricular para la educación inicial. [Online].; 2008 [cited 2017 Julio 13. Available from: www.abc.gov.ar.

15. Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires. Diseño curricular para la educación primaria. Primer ciclo. [Online].; 2008 [cited 2017 Julio 13. Available from: www.abc.gov.ar.

16. Dirección General de Cultura y Educación. Diseño Curricular para la Educación Primaria. Segundo Ciclo.

Agradecimientos

Deseamos agradecer al Inspector Jefe Distrital de General Rodríguez, Gabriel Leuenberger y a todo su equipo de Inspectores.

También al Dr. Alejandro Nespral por encender la chispa de este proceso.

XXXIV CONGRESO
DE MEDICINA GENERAL
EQUIPOS DE SALUD
Y ENCUENTROS CON
LA COMUNIDAD
famg
FEDERACIÓN ARGENTINA
DE MEDICINA GENERAL
SOCIEDAD TUCUMANA
DE MÉDICOS GENERALISTAS
ORGANIZA
TUCUMÁN
15 AL 18 DE NOVIEMBRE
2019
Complejidades en salud:
Formación, responsabilidad
y política para fortalecer
los lazos sociales.

La Federación Argentina de Medicina General (FAMG) es una Asociación Civil sin fines de lucro de carácter científico-académica.

Agrupa a los Médicos Generales, Familiares, Rurales y/o Comunitarios de la República Argentina, y a toda persona, profesional o no profesional, que se desempeñe en el Primer Nivel de Atención de la Salud.

Promueve la especialidad Medicina General.

Fomenta la organización de Jornadas, Congresos y Cursos de la especialidad, para el Equipo de Salud.

Promueve el acercamiento y apertura de todos los integrantes del Equipo de Salud, favoreciendo el trabajo interdisciplinario, promoviendo la discusión y acuerdo de objetivos comunes al Equipo, revisando los modelos formativos, las modalidades técnico-administrativas desde cada rol profesional para intentar alternativas reales transdisplinarias.

Promueve la Jerarquización del Primer Nivel de Atención de la Salud (PNA):

. Fomentando y difundiendo la conceptualización integradora y estructural de la Salud.

. Promoviendo la formación, la educación permanente y la evaluación del recurso humano adecuado para desempeñarse en el PNA.

. Promoviendo la integración de los tres niveles de Atención de la Salud.

. Promoviendo la legislación correspondiente al PNA.

Mantiene el planteo del XVIII Congreso Nacional de FAMG del año 2003, en El Bolsón, Río Negro, que declara: *"Los médicos especialistas en medicina general y de familia de la Rep. Argentina que desempeñan su actividad profesional en el primer nivel de atención, reclaman a los estados municipales, provinciales y nacional, la formulación de un PLAN NACIONAL DE SALUD construido desde la participación plena de todos los trabajadores del equipo de salud y sustentado en las necesidades de una población cuya condición se encuentra en franco deterioro en sus aspectos biológicos, psicológicos, sociales y emocionales".*

famg
FEDERACIÓN ARGENTINA DE MEDICINA GENERAL

AMGBA ASOCIACIÓN MEDICINA GENERAL BUENOS AIRES

APARSE

AMES Asociación Metropolitana de Equipos de Salud

AcFudES

ARES de Equipos de Salud

ASMGyF Asociación Santafesina de Medicina General y Familiar

AESAP Asociación del Equipo de Salud en Atención Primaria

ASOCIACION PAMPEANA DE MEDICINA GENERAL FAMILIAR y EQUIPO DE SALUD

AMGyES Asociación de Medicina General y Equipo de Salud de la provincia de San Luis

SMR Sociedad de Medicina Rural Neuquén

SOCIEDAD TUCUMANA DE MÉDICOS GENERALISTAS